



**UNIVERSIDADE DO MINHO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2018/2019 - 4º ANO**

Autora: Danira Sofia do Rosário Monteiro Nº3899

Mindelo, 2019

Trabalho apresentado à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciatura em enfermagem.

**Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar da
Delegacia Saúde de São Vicente: Importância do enfermeiro na
prevenção da tuberculose**

Discente:

Danira Sofia

Orientadora:

Enfermeira Mireya Cáceres

Mindelo, 06 de dezembro de 2019

Dedicatória

Dedico esse trabalho a minha mãe e ao meu tio, que fizeram o possível e impossível para que pudesse concluir a licenciatura. Obrigado pelo apoio constante ao longo deste percurso.

Agradecimentos

Em primeiro queria agradecer a Deus por estar sempre do meu lado, principalmente nas horas de desespero.

Agradecer a minha mãe, aos meus irmãos pelo incentivo e o apoio incondicional.

Agradecer meus amigos e conhecidos pela força e incentivo que tem dado durante essa trajetória.

Agradecer aos meus colegas de curso que fizeram parte de mim e desse caminho que trilhamos nesses quatro anos.

A minha Orientadora, Enfermeira Mireya Cáceres, pela dedicação, paciência e disponibilidade com que me orientou/ guiou durante esta pesquisa.

Aos meus professores, que foram e são um incentivo no meu processo de desenvolvimento intelectual e pessoal.

Aos enfermeiros da Delegacia de Saúde de São Vicente, Aleida Fortes, João Cruz, Madalena Gonçalves e Marlinda Silva que tiveram um papel fundamental na realização do meu estágio profissional.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para esta pesquisa fosse concluída.

O meu sincero: muito obrigado

RESUMO

A tuberculose é uma doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas pelo VIH/Aids. Devido a sua fácil transmissibilidade, qualquer pessoa pode ficar infetada; o desenvolvimento da doença acontece quando o sistema imunitário enfraquece, o que facilmente se verifica em contextos de pobreza e de infeção pelo VIH. Considera-se que, para a redução das taxas de casos novos de tuberculose, é prioritário o conhecimento dos fatores associados ou seu aparecimento no sentido de reorientar as pessoas na prevenção de TB para práticas e cuidados de saúde adquirindo mudanças de comportamento promovendo um estilo vida saudável surge a necessidade de conhecer o estado atual do conhecimento sobre o assunto. É neste sentido que surge o presente estudo, cujo objetivo é descrever o perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar em tratamento na Delegacia de Saúde. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritiva, exploratória, fenomenológica realizada na Delegacia saúde são vicente. Neste estudo participaram cinco (5) contactante que dedicam aos cuidados de prevenção da TB. Os dados obtidos foram recolhidos através de entrevista semiestruturada e analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2002). Os resultados apontam que os contactantes preocupam com a saúde, encontram-se todos motivados na prevenção e na promoção da saúde, mostram interesse em adquirir mais conhecimento e esclarecer as suas dúvidas no que diz respeito a TB. Os fatores socio demográficos também são vistos como fatores de riscos no aparecimento da TB, implica saber quais são os fatores que o contactante encontra-se exposto para saber dialogar e explicar a importância de diminuir essa exposição. Os resultados do estudo indicam que é essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/ família/ comunidade sendo para tal dar informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de EPS em grupo. Na análise de conteúdo notou-se que a organização do trabalho na prevenção da tuberculose não se efetua de forma isolada, mas sim de forma interdisciplinar no sentido de dar respostas as necessidades dos utentes, as famílias e a comunidade em geral. Os contributos de enfermagem na atenção primária da prevenção da tuberculose esta sendo realizada da melhor forma, de acordo com as respostas dos entrevistados eles estão todos satisfeito com o atendimento prestado pelos enfermeiros, ou seja, a atenção dada pelos contactantes não esta a ser comprometida, conclui-se que a enfermagem é importante na prevenção da TB.

Palavras-chaves: Tuberculose pulmonar, Enfermagem, prevenção, promoção, Tratamento, contactante

ABSTRACT

Tuberculosis is an infectious disease that kills most people in the world surpassing the deaths caused by VIH/Aids. Due to its easy transmissibility, anyone can become infected; the development of the disease occurs when the immune system weakens, which is easily seen in contexts of poverty by HIV infection. considers that, for the reduction of the rates of new cases of tuberculosis, priority is the knowledge of factors associated or its appearance, in order to redirect the people in the prevention of TB for health care practices and acquiring behavioral changes, promoting a healthy life style, there is a need to know the current state of knowledge on the subject. It is in this sense that arises in the present study, whose purpose is to describe the profile of contacts of patients with pulmonary tuberculosis in health treatment in health department. It is a study of a qualitative nature, descriptive, exploratory phenomenological, held in St. Vicente Health Precinct. In this study participated in five (5) we identified contagious who dedicate to care for the prevention of TB. The obtained data were collected through interviews and analyzed according to content analysis technique of Bardin (2002). The results indicate that the contacts concerned with health promotion show interest in acquiring but knowledge and clarify their doubts with regard to TB. The socio demographic factors are also seen as risk factors for the onset of TB, implies knowing what are the factors that we identified contagious is exposed to learn dialog and explain the importance of reducing this exposure. The results of the study indicate that it is essential to educate, transmit knowledge relevant to the health of the wearer/ family/community and to give such information systemized as specific teachings or actions of EPS in group. On content analysis noted that the organization of work in the prevention of tuberculosis does not log in an isolated manner but in an interdisciplinary way to give answers the needs of users, families and the community in general. The contributions of nursing in primary prevention of tuberculosis is being carried out in the best way, according to the response of the interviewees they are all satisfied with the care provided by nurses or the attention given by the contacts is not to be compromised, it can be concluded that nursing is importante in the prevention of TB.

Key words: pulmonary tuberculosis, Nursing, Health Promotion, prevention, treatment, contactant

LISTA DE SIGLAS

TB - Tuberculose

TP - Tuberculose Pulmonar

TEP - Tuberculose Extra Pulmonar

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNLTL - Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra

Mt – Mantoux

MS -Ministério de Saúde

EPS - Educação para Saúde

PS - Promoção de Saúde

BCG – Bacilo Cálmette Guerin

IST – Infecções Sexualmente Transmissível

PCR – Proteína C Reativa para detetar inflamação no organismo

P - Página

PNCT – Plano Nacional Contra Tuberculose

HIV – Vírus Imunodeficiência Humana

TB-MDR – Tuberculose Multiresistente

INECV - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

BAAR - Bacilo álcool-ácido resistente

M – Masculino

F – Feminino

DSSV - Delegacia de Saúde de São Vicente

DGS - Direção Geral de Saúde

AIDS – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

BAAR – Bacilos Álcool-ácido resistente

BK – Bacilo de Koch

ECG – Eletrocardiograma

MT – Micobacterium Tuberculosis

PNLTL – Plano Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra

PT – Prova de Tuberculina

RH – Rifampicina, Isoniazida

RHE – Rifampicina, Isoniazida, Etambutol

RHZE – Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol

SNC – Sistema Nervoso Central

TB/VIH – Co-infecção

BMDR-Tuberculose Multidrogarresistente

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice geral

| | |
|--|-----------|
| Introdução | 11 |
| Justificativa da escolha da temática..... | 13 |
| Problemática do estudo | 14 |
| Objetivo geral: | 21 |
| Objetivos específicos: | 21 |
| CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO | 22 |
| 1.História da Tuberculose..... | 22 |
| 1.1 – Etiologia | 23 |
| 1.2 – Transmissão | 24 |
| 1.3 Manifestações clínicas..... | 25 |
| 1.4-Confirmação do diagnóstico | 26 |
| 1.5- Fatores de riscos | 28 |
| 1.7Abordagem terapêutico com a pessoa com diagnóstico de TB | 29 |
| 1.8Medicamentos Essenciais (primeira linha)..... | 30 |
| 1.8.1-Objetivos do Tratamento..... | 32 |
| 1.8.2-Tratamento preventivo da tuberculose | 32 |
| 1.8.3-Importância do rastreio..... | 35 |
| 1.9-Contribuição do enfermeiro na redução da incidência da TB e prevenção..... | 35 |
| 1.10-Educação para a Saúde (EpS): | 37 |
| 1.11- Promoção de saúde..... | 38 |
| 1.12-Modelo de Promoção da saúde de Nola J. Pender | 38 |
| 1.13-Diagnóstico de enfermagem - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC41 | |
| 1.14-Discricao do plano cuidado feito pelos enfermeiros da DSSV | 44 |
| CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICO..... | 45 |
| 1-Fundamentacao Metodologica | 45 |
| 2-Characterização do Local de estudo..... | 49 |

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA | 52 |
| 1. Apresentação e Interpretação dos dados..... | 52 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 63 |
| Pospostas do Estudo / Sugestões: | 64 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 65 |
| APÊNDICE | 68 |
| Apêndice I- Guião de Entrevista com os contactantes TB da ppdm | 68 |
| Apêndice II – Requerimento | 70 |
| Apêndice III- Consentimento Livre e Esclarecido | 71 |
| Apêndice IV- matriz de análise de conteúdo de Bardin | 72 |

Índice tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Incidência e prevalência de tuberculose por Delegacia saúde no ano 2017 ... | 16 |
| Tabela 2: Casos novos de BK (+) Positivo e BK (-) Negativo por faixa etária. | 18 |
| Tabela 3: Resultado tratamento dos casos TB na Delegacia saúde São Vicente no 2016 | 19 |
| Tabela 4: Resultado tratamento dos casos TB na Delegacia saúde São Vicente no 2017 | 20 |
| Tabela 5: Medicamentos antituberculoso de primeira linha de acordo com o tipo de ação | 30 |
| Tabela 6: Esquema de Tratamento para Casos Novos de TB, adultos e crianças maiores de 5anos | 31 |
| Tabela 7: Esquema de Retratamento TB | 31 |
| Tabela 8: Plano cuidado enfermagem num utente diagnosticado como TP | 42 |
| Tabela 9: Caracterização da população | 48 |
| Tabela 10: Apresentação das categorias | 52 |
| Tabela 11: Caraterização Geral dos Entrevistados | 53 |

Introdução

O presente trabalho surge no âmbito do plano curricular do 4º ano do curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem. Trata-se de uma monografia que tem como intuito dar início ao processo de aprendizagem no âmbito da investigação científica.

O tema eleito para esta pesquisa é: Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar da Delegacia Saúde de São Vicente: Importância do enfermeiro na prevenção da tuberculose.

Não obstante esse motivo, é de realçar que se trata de um tema bastante pertinente e atual por ser um problema de saúde pública que envolve não só os profissionais de saúde, mas também todas as entidades responsáveis, bem como os familiares e a sociedade em geral. Este tema é de grande relevância visto que pode melhorar assistência na prevenção da tuberculose, diminuindo o número de casos e promovendo a saúde pública.

A enfermagem é uma área muito importante na prevenção da tuberculose, o enfermeiro é um agente muito importante tanto no tratamento da TB como também na prevenção, ou seja, trabalha com pessoas saudáveis com objetivo de impedir o aparecimento da doença, sendo que nesse caso trabalhar com os contactantes de TB é prevenir de aparecimentos de novos casos de TB e evitar um diagnóstico tardio.

A motivação pessoal e a curiosidade científica também contribuíram para escolha do tema, uma vez que aprofundar os conhecimentos é sempre um objetivo pessoal de qualquer trabalho científico. Além de que, contribuir para elaboração de estratégias assentes em bases científicas para o controlo e prevenção da tuberculose e melhoria da assistência de enfermagem também foram fatores impulsionadores para a realização deste trabalho.

Para traçar os objetivos da pesquisa optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório de carácter fenomenológica, sendo que o método de recolha de dados foi a entrevista semidirigida, recorrendo a um guião de entrevista semiestruturada.

No que tange a estrutura é de frisar que o trabalho se encontra estruturado em três capítulos para melhor percepção do tema. Em que o primeiro momento encontra-se a justificativa e a problemática da escolha do tema, com uma breve apresentação e a exposição dos objetivos do trabalho.

O primeiro capítulo corresponde ao estado de arte do estudo, onde faz-se apresentação dos principais conceitos extraídos dos objetivos do trabalho. No segundo capítulo encontra-se a fase metodológica, onde define-se o método científico utilizado, a população alvo da pesquisa, os métodos e instrumentos de colheita de dados, os procedimentos éticos para a sua elaboração e tratamento dos dados obtidos.

No terceiro e último capítulo corresponde-se a fase empírica dando ênfase análise e comunicação de resultados. E o percurso da investigação termina com a apresentação das referências bibliográficas, Apêndices e requerimentos elaborados bem como as considerações finais seguidas das propostas.

É de realçar ainda que o presente trabalho foi redigido e formatado segundo as normas da redação e formatação do trabalho científico da Universidade do Mindelo.

Justificativa da escolha da temática

O tema elegido é “ Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar da Delegacia Saúde de São Vicente: Importância do enfermeiro na prevenção da tuberculose” por tratar-se de uma área de cuidados direcionada a classe enfermagem tanto no tratamento como na prevenção, essa área suscitou interesse pelo tema presente a qual pretende-se desenvolver e aprofundar conhecimento teóricos e conseguir identificar as possíveis intervenções primárias de enfermagem e evidenciar a importância e o contributo do enfermeiro na prevenção da tuberculose facilitando a diminuição do número de casos, evitando aparecimento de novos casos e descartar um possível diagnóstico de tuberculose tardio.

A escolha da temática desta investigação vai de encontro ao interesse pessoal, académica e ainda profissional. Em termos pessoal, realça-se que as vivências durante o meu penúltimo ensino clínico que foi realizada na Delegacia de Saúde São Vicente onde tive a oportunidade de trabalhar e lidar diariamente com os utentes com tuberculose pulmonar em tratamento e também atendimento aos seus contactantes baseando na prevenção fazendo educação para a saúde, despiste com intuito de evitar uma suposto diagnóstico de tuberculose tardio e também prevenir de novos casos tuberculose no seio dos contactantes, isso acabou por influenciar e motivar na escolha do tema.

Também de acordo com os dados estatístico colhido na Delegacia Saúde refere um aumento de casos de tuberculose pulmonar no seio de uma única família, ou seja dentro de uma família surge mas de 3 casos de tuberculose, isso é uma situação preocupante e que segundo a enfermeira eles vão trabalhar muito na prevenção no seio dos familiares que são consideradas como contactantes.

Em termos profissional, para que possa ganhar mais experiências e destreza a nível prático baseando na teoria estudada ao longo do percurso académico, com intuito de aprofundar os meus conhecimentos no que diz respeito a tuberculose no mundo e em Cabo Verde e como ponto focal em São Vicente, e o impacto da enfermagem na prevenção da tuberculose, a importância de prevenir e evitar um diagnóstico tardio, e também pelo facto de tuberculose ser uma doença transmissível e é conhecida como um problema de saúde pública que afeta a população a nível mundial, em Cabo Verde, especificamente em São Vicente onde pretendo fazer o estudo.

A escolha do tema é motivada não só pelos interesses pessoais e académicos mas também profissionais, sustentadas no âmbito da transição da epidemiologia vivenciada em Cabo Verde, mas para um boa fundamentação do tema, surge a necessidade de recolher dados estatísticos de outros países estrangeiros bem como a organização mundial de saúde e em específico Cabo Verde, tendo em conta os objetivos do trabalho investigação debruçar sobre a prevenção de novos casos de tuberculose realizada na Delegacia de Saúde São Vicente.

Problemática do estudo

Atualmente assistimos a um aumento da prevalência dos casos de tuberculose em todo o mundo, onde se constata que ao longo dos anos o número de casos de tuberculose cresce. Assim, esse estudo enfatiza ser de grande relevância, pois revela ser uma situação de preocupação a nível mundial, é uma doença infecciosa que afetam milhões de pessoas e, se não tratada leva a morte.

A nível mundial, segundo a organização mundial saúde (2018) a TB é uma doença infecciosa que mais mata no mundo superando as mortes causadas pelo VIH/Aids. Em 2016 tiveram 10,4 milhões de casos de TB, 87% dos casos de TB em 30 países do mundo, 10% dos casos são VIH positivo, 1,3 milhão de mortes com TB-HIV negativo, 374 mil óbitos estimados com TB-HIV positivo e 490 mil casos de MDR estimados em 2016 (OMS a.2018).

Segundo a direção geral de saúde de Portugal (2018) nos países da Europa a taxa de notificação de TB em 2013 e 2017 foram <20 casos/100000 habitantes.

Um outro estudo realizado pela direção geral de saúde em Portugal no 2018 foram notificados 1703 casos de tuberculose em Portugal, a taxa de notificação foram 16,6% por 100000 habitantes e a taxa incidência 15,4% por 100000 habitantes. Os distritos de Porto e Lisboa são os distritos com mais alta taxa de notificação e os únicos do país que se mantem acima dos 20 casos por 100 mil habitantes (25,3 e 23,7 casos por 100 mil habitantes respetivamente).

Os casos notificados por sexo e grupo etário em Portugal no ano 2018, a distribuição por sexo mostrou que 67,4% ocorrem em indivíduos do sexo masculino, a idade mediana dos doentes foi de 49 anos sendo o grupo etário 45-64 anos o mais

representado com 445 número casos masculino e 152 número casos feminino, os casos de tuberculose pulmonar com exame direto positivo no ano 2018 foi de 52,4 casos bacilíferos e no ano 2008 foi de 62,5% enquanto os casos de tuberculose em imigrantes no ano 2018 teve uma percentagem de 20,2% do total, e o total de casos tuberculose foi 1703 e 344 casos em estrangeiros (Portugal 2018).

Segundo o ministério de saúde (a.2018) no ano 2016-2017 tiveram 69 mil casos novos de TB diagnosticado em Brasil, cerca de 4,5 mil mortes por tuberculose em 2016, de acordo com a nova classificação da OMS 2016-2020 o Brasil ocupa a 20ª posição na lista dos 30 países prioritários para a TB e a 19ª posição na lista 30 países prioritários para TB-HIV, e a 4ª causa de mortes por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dentre as doenças infecciosas definidos dos pacientes com AIDS (Brasil 2018).

Conforme o Programa Nacional Controle Tuberculose no Brasil (a.2018) a taxa coeficiência incidência de tuberculose no ano 2017 foi de 33,5 casos novos por 100.000 habitantes, a incidência de TB casos novos por região no Norte 42,7/100.000 habitantes, Nordeste 31,2/100.000 habitantes, Sudeste 37,7/100.000 habitantes, Sul 27,2/100.000 habitantes e no Centro Oeste 20,0/100.000 habitantes. A incidência de casos tuberculose por capitais no ano 2017 foi de 51,9/100.000 habitantes, a capital com maior número casos foi a capital de Manaus com 104,7 casos por 100.000 habitantes e o capital com menos caso foi a capital de Palmas 5,6 casos por 100.000 habitantes. De acordo o sexo teve 46,9 casos por 100.000 habitantes no sexo masculino e no sexo feminino 20,5 casos por 100.000 habitantes. A incidência da faixa etária no ano 2017 dos 0-4 anos foi 5,9 casos por 100.000 habitantes, dos 5-14 anos 4,1 casos por 100.000 habitantes, 15-34 anos 42,0 casos por 100.000 habitantes, dos 35-64 anos foi de 41,8 casos por 100.000 habitantes e dos 65 mais anos foi de 40,3 casos por 100.000 habitantes. A coeficiência de mortalidade por tuberculose em 2016 foi de 2,1 óbitos por 100 mil habitantes, a percentagem de óbitos de tuberculose no sexo feminino foi de 25,4% e no sexo masculino de 74,6%, a maior percentagem de óbitos de acordo com a faixa etária o valor maior foi de 56,9% na faixa etária (35-64 anos). (PNCTB 2018).

Nos relatórios estatísticos 2017 lançados pelo Ministério saúde e segurança de Cabo Verde o número de casos novos de tuberculose em Cabo Verde foi de 234, referindo que no relatório de 2016 foram 222 casos novos de tuberculose, os casos em registo no ano 2016 foi de 258 casos e 257 casos em 2017. Segundo o relatório de 2016

a taxa incidência 42/100.000hab. e a taxa de prevalência de 49/100.000hab. e uma taxa de mortalidade de 1, 4/100.000hab.No ano 2017 a taxa de incidência foi de 44/100.000hab. e a taxa de prevalência 48/100.000hab. e uma taxa de mortalidade equivalente a 1, 5/100.000hab (2018).

Tabela 1: Incidência e prevalência de tuberculose por Delegacia saúde no ano 2017

| Delegacia saúde | Taxa incidência por cem/mil | Taxa prevalência por cem/mil |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ribeira Grande | 49 | 67 |
| Paul | 69 | 69 |
| Porto Novo | 23 | 23 |
| São Vicente | 63 | 68 |
| São Nicolau | 73 | 82 |
| Sal | 41 | 41 |
| Boavista | 42 | 48 |
| Maio | 70 | 70 |
| Praia | 48 | 53 |
| São Domingos | 21 | 21 |
| Santa Cruz | 27 | 30 |

| | | |
|----------------|----|----|
| Santa Catarina | 15 | 18 |
| São Miguel | 49 | 49 |
| Tarrafal | 16 | 16 |
| São Filipe | 69 | 80 |
| Mosteiro | 0 | 0 |
| Brava | 18 | 18 |

Fonte: INECV/MS 2018 Elaboração própria

De acordo com os dados do relatório estatísticos do Ministério de Saúde lançado em 2018, podemos constatar no quadro acima exposto as taxas de incidência e prevalência da tuberculose por Delegacias de Saúde por ilhas e concelhos em Cabo Verde. A ilha de São Nicolau ocupa o primeiro lugar com uma taxa de incidência equivalente a 73 por cem mil habitantes com uma prevalência elevada de 82 por cem mil habitantes em relação a tuberculose.

Também, a ilha do Maio apresentou valores elevados com uma taxa de incidência de 70 por cem mil habitantes com uma taxa de prevalência de 70 por cem mil habitantes, se comparado com os demais concelho do país o que podemos concluir então que o concelho de São Filipe ocupou o terceiro lugar com uma taxa de incidência de 69 por cem mil habitantes com uma taxa de prevalência de 80 por cem mil habitantes. Convém realçar que o concelho de Mosteiros não registou nenhum caso no ano 2017.

De acordo com os dados levantados na Delegacia Saúde São Vicente o número de casos de tuberculose tem vindo a diminuir referindo que no ano 2016 tiveram um total de 52 casos de TB e no ano 2018 foi de 37 casos de TB.

Tabela 2: Casos novos de BK (+) Positivo e BK (-) Negativo por faixa etária.

| Faixa etária | Total de casos BK positivo | | | Casos novos BK negativo | | |
|--------------|----------------------------|------|------|-------------------------|------|------|
| | 2016 | 2017 | 2018 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 0-4 Anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5-14 Anos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 15-24 Anos | 10 | 13 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| 25-34 Anos | 12 | 8 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 35-44 Anos | 12 | 6 | 12 | 0 | 0 | 0 |
| 45-54 Anos | 11 | 8 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| 55-64 Anos | 7 | 3 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| >65 Anos | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 52 | 40 | 37 | 0 | 0 | 2 |

Fonte: Elaboração própria baseado nos dados recolhidos na DSSV

No ano 2016 foram registrado um total de 52 casos TB, em que 43 eram casos novos, 36 era do sexo masculino sendo que 5 casos era HVI positivo e 16 casos feminino 2 era HVI positivo.

No ano 2017 foram registrado um total de 40 casos TB, 33 eram casos novos, 22 do sexo masculino 2 caso HVI positivo e 18 casos feminino 1 era HVI positivo.

No ano 2018 foi o ano que foi registrado menos casos TB com um total de 37 casos, sendo que 28 eram casos novos, 27 masculino 5 dos casos era HVI positivo, 10 feminino sem registro de caso HVI positivo, nesse ano foi diagnosticado 2 casos novos de BK negativo, ou seja, foram doentes que tinham expetoração, mas os resultados foram negativos.

Podendo concluir que durante todos esses anos o sexo masculino foi o mais afetado sendo que o número casos TB no sexo masculino sempre foram maiores que o número caso feminino como já foi justificado com os valores numéricos.

Tabela 3: Resultado tratamento dos casos TB na Delegacia saúde São Vicente no 2016

| | Total registra do | Curad o | Tratament o completo | Óbito s | Fracass o | Abandon o | Não avaliad o |
|---|-------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------|--------------|---------------------|
| Casos novos | 43 | 22 | 17 | 0 | 2 | 1 | 1 |
| Casos novos TP BK negativo e TB extrapulmona r | 11 | | 10 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Casos novos TP BK não realizado | 2 | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Casos retratamento BK positivo | 5 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Todos os casos retratamento | 2 | | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 63 | 27 | 31 | 1 | 2 | 1 | 1 |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados colhidos na Delegacia de Saúde de São Vicente

Em relação aos resultados de tratamento dos casos de tuberculose no ano 2016, podemos observar que teve um maior número de registros com um total de 63 casos comparado com o ano de 2017 que teve um total de 57 casos relativamente ao tratamento.

Dos 63 casos registados em 2016 observa-se que 27 saíram curados com baciloscopia negativa no fim do tratamento e 31 tratamento completo que deu com baciloscopia não realizado ou seja sem expetoração para ser analisado, ainda teve 1 óbito, 2 fracassos, 1 abandono, e 1 casos não avaliados que foram transferidos para outra delegacia, ou que viajaram para exterior (emigrantes) ou que ainda estiverem em tratamento.

Tabela 4: Resultado tratamento dos casos TB na Delegacia saúde São Vicente no 2017

| | Total registad o | Curad o | Tratament o completo | Óbito s | Fracass o | Abandon o | Não avaliad o |
|---|------------------------|------------|----------------------------|------------|--------------|--------------|---------------------|
| Casos novos | 33 | 27 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 |
| Casos novos TP BK negativo e TB extrapulmona r | 17 | 27 | 16 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Casos novos TP BK não realizado | 3 | | 2 | 0 | | 0 | 1 |
| Casos retratamento BK positivo | 4 | | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 |
| Todos os casos retratamento | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 57 | 30 | 21 | 0 | 2 | 1 | 3 |

Fonte: Elaboração própria baseado nos dados recolhidos na DSSV

Em relação aos resultados obtidos de tratamento dos casos TB no ano 2016 foram registados 43 casos novos de TB já no ano 2017 podemos observar um ligeiro decréscimo com 33 casos novos de TB desses 33 casos novos a maioria foi curados sendo um valor de 27 casos curado, referindo que no ano 2016 tiveram maior número casos novos TB um valor de 43 casos sendo que metade desses casos foram curados ou seja dos 43 casos novos TB 22 casos foram curados.

Em relação ao quadro de resultados de tratamento do ano 2018 esses dados estatísticos ainda não foram lançados devido a isso não consegui obter acesso aos resultados de tratamento do ano 2018 por essa justa causa não foi possível elaborado o quadro.

Na tentativa de procurar contribuir para a melhoria da assistência e atenção no contactante de doente com diagnóstico de tuberculose, propôs-se o presente problema de investigação e estudo com o objetivo de conhecer as atividades, estratégias e formas de atuação do enfermeiro bem como a sua intervenção na assistência dos familiares (contactantes) dos doentes com tuberculose na redução dos números casos novos de tuberculose e na prevenção de um diagnóstico tardio.

Para melhor dar seguimento ao estudo achou-se pertinente a elaboração dos seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Descrever o perfil de contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente.

E na mesma sequência, para melhor responder ao objetivo geral, traçou-se os seguintes

Objetivos específicos:

- Descrever as características sócio demográficas dos contactantes dos doentes com TB em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente;
- Relatar o comportamento dos contactantes relativamente a terapêutica prescrita para a prevenção feita na Delegacia de Saúde São Vicente;
- Descrever é qual o conhecimento que os contactantes da Delegacia de saúde São Vicente tem sobre a tuberculose;

- Identificar a importância da enfermagem no contexto de prevenção de tuberculose na Delegacia Saúde São Vicente;

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No desenvolvimento de um trabalho de investigação é fundamental a elaboração de enquadramento teórico, com o objetivo de conhecer a teoria existente sobre a temática escolhida.

Portanto neste capítulo estará exposto conceitos inerentes a problemática em estudo, sendo importante a análise dos mesmos para dar a conhecer o que já foi estudado sobre o assunto e a matriz teórica vai ao encontro das hipóteses propostos. E dentro destes se destacam: tuberculose, um breve histórico da TB, fatores riscos, os grupos mais vulneráveis, a importância de prevenção e despiste, o papel de enfermagem na prevenção de tuberculose, a importância da quimioprofilaxia nas crianças contactantes menor de 5 anos, cuidados de enfermagem centrado no utente com TB e na família.

1.História da Tuberculose

Campos (2006, p.29) defende que “o *Mycobacterium tubeculosis*, que surgiu a cerca de 15.000 anos. O facto de ter sido detetado múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem 3.400 anos antes de Cristo”.

Segundo 1º Daniel (2006),o conjunto Micobacterium tuberculosis (MT) deriva de um ancestral comum a cerca de 15.000 a20.000 anos. Em descobertas arqueológicas com milhares de anos em existidas, afirmam a presença de tuberculose (TB), no vale do rio Nilo. Neste rio foram encontradas múmias com lesões pulmonares características de tuberculose e deformações ósseas específicas de espondilite tuberculosa (o dito Mal de Pott), que recentemente graças a evolução da tecnologia e da biologia molecular, confirmam MT como o agente etiológico da doença óssea observada.

O autor supracitado em conformidade com Jordão (2011), atestam que nos textos bíblicos do Antigo Testamento, concretamente nos livros Deuteronómio e Levítico, que descrevem parte da saída do povo de Israel para o Egito, é possível encontrar, por duas vezes, a expressão hebraica *schachepheth* que ainda hoje, é utilizada

como sinónimo de Tuberculose e na Grécia antiga, Hipócrates descreveu uma doença consumptiva (phthisis), acarretando uma grande variedade de sinais e sintomas típicos como tosse, emagrecimento, dor no peito, e por vezes hemoptises, que exibia uma maior incidência em jovens adultos e era quase sempre fatal.

Todavia, o agente etiológico responsável pela doença só foi identificado na apresentação de Heinrich Herman Robert Koch, “Die Aetiologie der Tuberculose”, em Berlim, março de 1882, tornando a sua descoberta na chave para a teoria bacteriológica da causa das doenças infecciosas, merecedor do premio Nobel da medicina em 1905 o “Pai da bacteriologia (Grandmann, 2006).

1.1 – Etiologia

De acordo com o Ministério de Saúde (2011, p.18) “a TB é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos, essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial.”

Afirma, supracitado Ferreira et al., (2011 pag,23) a TB é uma doença causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena. Há mais de três mil anos essa bactéria acomete de maneira crescente a população mundial. Na década de 1990, a TB foi considerada como problema de saúde de emergência global pela OMS, tendo em vista o aumento da incidência e da mortalidade por uma doença tratável e curável.

Recorre-se a Dupret et al., (2012, pag,5) que a TB é uma doença infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*. O bacilo da TB (BK) penetra no organismo, por inalação, através das vias respiratórias atingindo os pulmões. A partir da lesão primária no pulmão, o BK dissemina-se pelo corpo pela via hematogénica, linfática ou através dos brônquios.

No mesmo raciocínio com Monteiro et al., (2015, pag,323) reforça a ideia de que “a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa, evolui progressivamente de infecção para doença a partir do momento em que os macrófagos se tornam incapazes de fagocitar o bacilo.”

Das afirmações do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose no Brasil (a.2017) como problema de Saúde Pública, a tuberculose é uma doença com profundas raízes

sociais, está intimamente ligada a pobreza e a má distribuição de renda, além do estigma que implica na não adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. O surgimento da epidemia de SIDA, e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravam ainda mais o problema da doença no mundo (Ministério de Saúde do Brasil, 2017).

1.2 – Transmissão

Segundo a Organização Mundial da Saúde (a.2012) 90% das pessoas que entram em contato com o bacilo de Koch não desenvolvem a doença.

Embora sejam conhecidas outras vias de entrada no organismo, a via aérea é a mais acometida na transmissão da bactéria. A transmissão dá-se de pessoa para pessoa, através da inalação da bactéria, depois de expirada por doentes com TB pulmonar ou laríngea através da tosse, espirro ou da fala (OMS, 2012).

Supracitado Dupret et al., (a.2012) a transmissão da doença faz-se, na maioria das vezes, de indivíduo para indivíduo através da via inalatória, devendo-se, no entanto, considerar também como portas de entrada a via digestiva e a via cutânea. A TB transmite-se frequentemente de um indivíduo doente com TB para outras pessoas por intermédio de gotículas procedentes das vias aéreas. Estas gotículas formam-se quando a pessoa infetada tosse, espirra ou fala. As gotículas secam rapidamente, transformando-se em núcleos que transportam o BK e podem ficar suspensos no ar durante várias horas, sobretudo em ambientes fechados. Ocorre a infeção tuberculosa se, ao inalar esses núcleos, o BK se instalar nos pulmões do indivíduo e começar a multiplicar-se. A transmissão depende sobretudo dos doentes BK positivo e está relacionada devido há;

- O grande número de bacilos eliminados pelos doentes e detetados em exame bacteriológico direto (casos com baciloscopia positiva);
- A virulência e a capacidade de multiplicação do bacilo
- A densidade do bacilo no ar respirado;

- Ambiente pouco ventilado;
- Contacto com os casos de bacilíferos (sobretudo contactos permanentes).

Segundo Pawlowski et al., (2012) temos a Tuberculose primária é paucibacilar, não contagiosa, difícil de diagnosticar e de gravidade variável. Tuberculose pós-primária ocorre quando a infeção progride após o desenvolvimento de uma resposta imune específica, o que pode acontecer quer por reativação do foco primário, quer por infeção.

1.3 Manifestações clínicas

De acordo com Nogueira (2011) a Tuberculose, após um período assintomático, surge a tosse que, no início, é não produtiva e depois aumenta de intensidade, tornando-se produtiva à medida que a doença progride. Num número reduzido de doentes podem ocorrer hemoptises. Na tuberculose extrapulmonar os sinais e sintomas variam, dependendo dos órgãos afetados. Por vezes o diagnóstico de tuberculose extrapulmonar ser o mais provável, tendo em conta os dados epidemiológicos, clínicos e os resultados imagiológicos, é sempre necessário descartar outros agentes infecciosos, que possam levar a um quadro clínico semelhante, através de exames invasivos, para confirmação microbiológica ou histopatológica.

Ainda segundo Nogueira (2011) afirma que a apresentação disseminada da doença é rara em indivíduos imunocompetentes, sendo mais comum em doentes com infeção por VIH, idade avançada, tratamento com imunossuppressores, diabetes mellitus, entre outras condições que afetam o sistema imunitário, permitindo a passagem de bacilos para os gânglios linfáticos, a partir de onde se disseminam por via hematogénica para os diferentes órgãos. A forma clínica mais grave da Tuberculose é o envolvimento do sistema nervoso central (SNC), que afeta sobretudo indivíduos infetados por VIH e crianças, sendo fatal em quase todos os casos sem diagnóstico e tratamento atempados.

Os sinais e sintomas relatados por doentes com tuberculose são muitas vezes variáveis e inespecíficos, impondo o auxílio dos meios complementar diagnóstico na abordagem da doença. Os meios complementares de diagnósticos usados nesta situação

assumem um papel primordial e são eles a radiografia do tórax e o exame bacteriológico da expetoração, se a clínica o justificar (Bertolozzi, 2014).

Siqueira (2012, p.16) acrescenta que “os principais sintomas e sinais da tuberculose também chamados de marcadores clínicos são:

- Tosse;
- Expetoração;
- Imunodepressão por qualquer causa, alcoolismo ou diabetes;
- Contato recente com caso bacilífero;
- História de tuberculose;
- Sudorese noturna abundante;
- Fraqueza

1.4-Confirmação do diagnóstico

De acordo com o plano nacional luta contra tuberculose e lepra a.2012 (PNLTL) o diagnóstico definitivo é obtido através da baciloscopia e/ou, cultura ou testes de biologia molecular (PCR) para *M. tuberculosis*. A baciloscopia é um método diagnóstico padrão rápido e barato. A cultura tem alta sensibilidade, porém devido à reprodução lenta do bacilo não permite o conhecimento atempado do diagnóstico de forma que a terapêutica seja iniciada precocemente.

Testes de biologia molecular

Afirma-se o PNLTL A.2012 o teste de biologia molecular **Xpert™ MTB / Rif** (Cepheid, Sunnyvale, CA, EUA) consiste na purificação, concentração, amplificação de ácidos nucléicos e identificação de resistência do BK a rifampicina. Pode fornecer resultado num laboratório local, num mesmo equipamento, em menos de 2 horas, sem necessitar de recursos humanos especializados em biologia molecular. Está disponível no Laboratório de Análises Clínicas do HAN, desde Setembro de 2012.

Indicado para diagnóstico de TP em:

- ✓ Doente com BK negativo, especialmente naqueles com infeção por VIH;

✓ Doente que já tenha sido tratado para TB (casos de recaída, fracasso e abandono);

✓ Doente com suspeita de resistência a rifampicina;

Bacterioscopia

De acordo com as recomendações de organização mundial saúde a.2012 (OMS) o exame direto de expetoração ao microscópio é a forma mais prática, rápida e segura de confirmação do diagnóstico de TB pulmonar. Todo o doente com clínica sugestiva de TP deverá ser sujeito a um exame de expetoração antes de iniciar o tratamento. Deve-se colher duas amostras seriadas de expetoração no espaço de dois dias consecutivos, como se segue:

➤ Amostra 1 - durante a primeira consulta, sob supervisão do pessoal de saúde

➤ Amostra 2 - no dia seguinte, de manhã ao se levantar, no recipiente recebido no dia anterior para o efeito.

São muito importantes a técnica da colheita de expetoração, o número de amostras colhidas, a técnica de conservação e a própria técnica de exame no laboratório. Se a primeira amostra for positiva, o facto deverá ser notificado IMEDIATAMENTE ao médico solicitante e se o doente não voltar para entregar a segunda amostra, terá de ser imediatamente localizado.

De acordo com as atuais recomendações da OMS, se a baciloscopia da expetoração não foi realizada por algum motivo, o doente não deve ser classificado como “BK negativo” no Livro de Registo do PNLT do centro de saúde, mas sim como TB baciloscopia “não realizada” (NR). (OMS,2012).

De acordo com o guia controlo da tuberculose a.2012 o diagnóstico da TB deve ser confirmado baseando numa amostra positiva de expetoração (microscopia) ou uma amostra positiva da expetoração (ao microscópio) e cultura positiva, pode ser também através de um resultado de teste de biologia molecular (PCR) positivo.

Um outro estudo realizado por Bertolozzi (2014) existe dois tipos de diagnóstico;

➤ Diagnóstico imagiológico

A radiografia do tórax não confirma o diagnóstico de tuberculose pulmonar, mas pode ajudar a estabelecê-lo quando o doente apresenta sintomas respiratórios com

exames bacteriológicos sistematicamente negativos. Através da radiografia é possível observar imagens sugestivas de tuberculose pulmonar ou observar sequelas de tuberculose, sendo um meio útil na monitorização da resposta após a instituição da terapêutica.

➤ Diagnóstico microbiológico

Suspeita-se de um caso de tuberculose quando surge de uma combinação de sintomas, contextos, sinais, testes laboratoriais e alterações radiológicas, mas o diagnóstico conclusivo baseia-se no exame bacteriológico (direto e cultura).

Na maioria dos programas de luta contra a tuberculose, o exame micobacteriológico direto é o utilizado na avaliação inicial dos casos suspeitos. O método de coloração por Ziehl-Neelsen é o utilizado na maioria dos países, principalmente os de baixos recursos, que detêm cerca de 90% do total de casos de tuberculose. É um método rápido, simples e de baixo custo. Identifica doentes bacilíferos e permite avaliar a carga bacilar e a eficácia da terapêutica, mas apresenta baixa sensibilidade, por ser influenciado pela experiência do microscopista, execução correta de todos os passos e ainda por formas paubacilares, muito comuns em crianças, idosos e imunocomprometidos (Bertolozzi, 2014).

A tuberculose é uma doença contagiosa e oportunista atua quando a imunidade da pessoa está muito baixa, isso leva a nos conhecer os seus factores que pode levar o seu aparecimento com esta referido no guia de controlo da tuberculose (2012).

1.5-Factores de riscos:

- Residir em região de grande prevalência da doença;
- Ser profissional da área de saúde;
- Permanência em asilos, prisões, manicómios ou quartéis;
- Predisposição genética;
- Idade avançada;
- Desnutrição;
- Alcoolismo;

- Uso de drogas ilícitas;
- Patologias ou situações que se acompanham de deficiência de imunidade celular como SIDA, Diabetes, Insuficiência renal crónica, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), etc.

Ainda de acordo com o guia controlo da tuberculose existem grupos mais vulneráveis baseando em alguns critérios de acordo ao estilo vida (2012).

1.6-Grupo mas vulneráveis;

- ✓ Pobres;
- ✓ Desempregados;
- ✓ Alcoólatras;
- ✓ Seropositivos (infecção por VIH);
- ✓ Doente mental;
- ✓ Desnutridos;
- ✓ Crianças

1.7Abordagem terapêutico com a pessoa com diagnóstico de TB

O PNLCTL (2012, p.42,43) aponta algumas ações a ser realizadas durante o tratamento dos doentes com TB: “

- ❖ Controlo de peso;
- ❖ Sensibilização do doente para a toma regular da medicação e sobre a data da próxima consulta;
- ❖ Sensibilização do doente para diminuir ou abandonar o consumo abusivo do álcool, tabaco e outras drogas, se for o caso;
- ❖ Controlo bacteriológico, principalmente dos casos com baciloscopia ou PCR para *M. tuberculosis* positivas. O controlo bacteriológico para novos casos e em retratamento deve realizar-se ao 2º o 3º, 5º e 6º ou 8º mês

com, pelo menos, duas amostras de expectoração em cada exame. No s doentes com TB-MDR, o controlo da baciloscopia ou do PCR para *M. tuberculosis* serão feitos ao 2º, 5º, 8º, 11º, 14º, 17º e 24º mês.”

1.8 Medicamentos Essenciais (primeira linha)

Os medicamentos essenciais de primeira linha contra a tuberculose são os mesmos utilizados a nível global e apresentam três propriedades principais: bactericida, esterilizante e capacidade de prevenção de resistência, conforme evidenciado no quadro 5.

Os regimes de tratamento para casos novos TB, têm uma fase inicial (ou intensiva) com 2 meses de duração com medicação combinada de RHZE e uma fase de manutenção que dura geralmente 4 meses com medicação combinada de RH, conforme o quadro 6. Os doentes bacilíferos tornam-se rapidamente não contagiosos dentro de aproximadamente duas semanas. A maior parte dos doentes BK+ apresentam conversão da baciloscopia dentro de 2 meses (Ministério de Saúde de Cabo Verde, Guia técnico de controlo da tuberculose, 2012).

Tabela 5: Medicamentos antituberculoso de primeira linha de acordo com o tipo de ação

| Medicamento | Tipo de Ação | | | |
|-----------------------|---------------------|-------------|-----------------|---------------|
| | Bactericida precoce | Bactericida | Bacteriostático | Esterilizante |
| Rifampicina | X | | | X |
| Isoniazida | X | | | |
| Pirazinamida | | X | | X |
| Etambutol | | | X | |
| Estreptomicina | | X | | |

Fonte: Ministério de Saúde (2012, p. 44) Guia Técnico de Controlo de Tuberculose

Tabela 6: Esquema de Tratamento para Casos Novos de TB, adultos e crianças maiores de 5anos

| Esquema Terapêutico | | |
|--|--|---|
| Indicações | Fase intensiva | Fase manutenção |
| - Caso novo de TB pulmonar BK positivo -Caso de TB/VIH -TP BK negativo -TEP -Crianças -Primo-infecção | 2 Meses – RHZE (150mg/75mg/400mg/275mg) | 4 Meses – RH (300mg/150mg ou 150/75mg) |

Fonte: Ministério de Saúde (2012, p. 47) Guia técnico de Controlo de tuberculose

É de realçar que nos casos de TB osteo-articular o regime de tratamento deve ser alargado para 9 meses e na TB meníngea para 9-12 meses. E nos casos de retratamento incluem os que foram tratados anteriormente como casos novos, por mais de um mês e que agora apresentam microscopia ou cultura positiva como evidencia o quadro 7. Estes, têm maior probabilidade de desenvolvimento de resistência aos medicamentos por ter-se sido adquirida durante o tratamento anterior inadequado.

Tabela 7: Esquema de Retratoamento TB

| Esquema Terapêutico | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|-----------------|
| Indicações | Fase intensiva | Fase manutenção |
| -Fracassos -Recaídas | 2 Meses (RHZE) S +1 mês (RHZE) | 5 Meses (RH) E |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| -Abandono de tratamento | | |
|--------------------------------|--|--|

Fonte: Ministério de Saúde, Guia Técnico de Controlo de Tuberculose, (2012, p. 47).

1.8.1-Objetivos do Tratamento

De acordo com o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose e Lepra (2012, p.25) defendem que objetivo do tratamento consiste em: “

- Curar o doente;
- Prevenir as recaídas;
- Prevenir a transmissão de *M. tuberculosis* a outros indivíduos;
- Prevenir a resistência aos fármacos;
- Prevenir a morte por TB.”

1.8.2-Tratamento preventivo da tuberculose

Há duas medidas preventivas uteis contra a tuberculose: A quimioprofilaxia e a vacinação com BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). A vacina é a medida principal para ajudar as pessoas não contagiadas a não adoecerem por tuberculose, caso ocorra uma infecção com o bacilo de *Koch* é necessário que faça uma quimioprofilaxia da mesma (Lopes, 2010).

De acordo com o ministério saúde a suscetibilidade à infecção é praticamente universal. A maioria das pessoas resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença; no entanto, alguns bacilos permanecem vivos, embora bloqueados pela reação inflamatória do organismo. Cerca de 5% das pessoas não conseguem impedir a multiplicação dos bacilos e adoecem na sequência da primo-infecção.

Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nessa fase, adoecem posteriormente por reativação desses bacilos ou em consequência de exposição a uma nova fonte de infecção.

Fatores relacionados à competência do sistema imunológico podem aumentar o risco de adoecimento.

Entre esses, destaca-se a infecção pelo VIH. Outros fatores de risco são doenças ou tratamentos imunodepressores; idade – menor que 2 anos ou maior que 60; desnutrição.

O maior risco de adoecimento se concentra nos primeiros dois anos após a primo-infecção, mas o período de incubação pode se estender por muitos anos e até mesmo décadas.

O Ministério saúde recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em recém-nascidos co-habitantes de caso índice bacilífero. Nesses casos, o recém-nascido não deverá ser vacinado ao nascer. A H é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica – PT. Se o resultado da PT for ≥ 5 mm, a quimioprevenção – QP deve ser mantida por mais três meses; caso contrário, deve-se interromper o uso da Isoniazida e vacinar com BCG (2011).

Segundo o Ministério de saúde (2011), atividade de controlo de contactos é uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e deve ser instituída pelos programas de controlo de TB. Apesar de os contactos de pacientes com TB bacilífera ter maior risco de adoecimento, todos os contactos devem ser avaliados.

Nos serviços que já realizam controlo de contactos, esforços adicionais devem ser feitos para ampliação do cuidado entre os assintomáticos e também a instituição do tratamento da infecção latente (quimioprevenção secundária), quando indicado. Nesses casos, a unidade de saúde deve, além de garantir o acesso à Isoniazida, criar condições operacionais para o adequado seguimento dessas pessoas, incluindo o manejo dos efeitos adversos, vigilância sobre faltosos etc.

A partir de momento que uma pessoa entre em contacto com um doente com diagnóstico de tuberculose já é considerado um contactante de TB, e devem fazer a prevenção utilizando o método de Despiste de TB e mudanças para um estilo de vida saudável com intuito de prevenção de um diagnóstico tardio.

De acordo com o Ministério da saúde toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa, em ambientes de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escola. A avaliação do grau de exposição do contacto deve ser individualizada

considerando-se a forma da doença, o ambiente e o tempo de exposição é considerado **Contactantes** ou **Contato**.

Ainda o Ministério da saúde (2011) realça que os processos de avaliação de contactos devem ser baseados nos seguintes requisitos:

1. O caso índice deve ser entrevistado o quanto antes para identificação das pessoas que serão consideradas contatos.
2. Os contatos e suas respectivas idades devem ser listados. O tipo de convívio deve ser estabelecido (casa, ambiente de trabalho, escola etc.) e formas de localização devem ser identificadas (endereço e/ou telefone).
3. Sempre que possível, realizar visita domiciliar para melhor entendimento das circunstâncias que caracterizam os contatos identificados na entrevista do caso índice.
4. Todos os contatos serão convidados a comparecer à unidade de saúde para serem avaliados.

Essa avaliação consiste na realização de criteriosa anamnese e exame físico:

- Sintomáticos – crianças ou adultos (incluindo pessoas vivendo com HIV/Aids): deverão ter investigação diagnóstica ampliada com radiografia de tórax, baciloscopia de escarro e/ou outros exames, de acordo com cada caso (Brasil).
- Assintomáticos adultos e adolescentes (> 10 anos): realizar PT e tratar ou não ILTB conforme orientações do Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, após afastada doença ativa por meio de exame radiológico. O PNCT recomenda que contatos adultos com PT ≥ 5 mm devem fazer o tratamento da infecção latente. Se a PT for <5 mm, deve-se repeti-la entre cinco e oito semanas após a primeira PT (MENZIES, 1999) para verificação de possível conversão por infecção recente. Será considerada conversão da PT quando houver um incremento de pelo menos 10 mm em relação à PT anterior.
- Contatos com história prévia de TB tratada anteriormente com quaisquer resultados da PT não devem ser tratados para ILTB.
- Contatos coinfectados com VIH.

Prova tuberculínica (teste de Mantoux)

Segundo Dupret et al a.2012 a prova tuberculínica tem um valor limitado na prática clínica, principalmente nos países com alta prevalência da TB e onde a

vacinação com BCG é sistemática. É necessário lembrar que ela não permite distinguir o indivíduo infetado do doente. Existe um grande número de casos de prova de tuberculina positiva devido a infecção ou a vacinação ou a micobactérias não tuberculosas. O teste pode ser útil nas crianças com clínica sugestiva de TB, mas estes casos deverão ser criteriosamente avaliados pelo médico.

A leitura da prova tuberculina deverá ser realizada 72 a 96 horas após aplicação.

Prova tuberculina – Método auxiliar, que pode ser interpretado como sugestivo de infecção por *M. tuberculosis* quando ≥ 5 mm em crianças não vacinadas com BCG ou vacinadas há mais de 2 anos ou com qualquer situação clínica imunodeficiente.

Crianças vacinadas há menos de 2 anos considera-se sugestivo de infecção um resultado ≥ 10 mm. (Dupret 2011,pag 9)

1.8.3-Importância do rastreio

Segundo o Programa Nacional Para Tuberculose (2012, p.23), o rastreio de contactos tem seguintes objetivos: “

- ✓ Detetar outros casos de TB doença;
- ✓ Detetar pessoas infetadas, com o objetivo de iniciar tratamento de infeção latente por Mt, evitando a progressão futura.”

O MS e OMS (2011, p.35) recomendam que:

“ Para obter rastreamento eficaz, as equipas de saúde realizam busca ativa e passiva e, por meio de organização de vigilância em saúde, mobilizem a comunidade para auxiliar a identificar os SR, também chamados de “tossidores crónicos”, nas famílias, clubes, igrejas e comunidades fechados, com o objetivo de encaminha-los para fazer o exame de escarro.

1.9-Contribuição do enfermeiro na redução da incidência da TB e prevenção.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que existem em maior número em qualquer parte do mundo, na maioria das áreas de cuidado em saúde, muitas vezes efetuam a maior parte do trabalho na EPS e PS.

Papleau citado por Townsend, (2011, pág. 374) define a enfermagem como um processo interpessoal, como um instrumento educativo, uma força de aperfeiçoamento

que visa promover o movimento da personalidade na discussão de uma vivência criativa, construtiva, produtiva, pessoal e em comunidade.

O enfermeiro capacitado na ações de controlo da TB deve identificar informações clínicas, epidemiológicas e sociais dos suspeitos da enfermidade e tomar providências para o esclarecimento do diagnóstico (Brasil, 2011^a).

Segundo Wilhians (2008 pag42) os enfermeiros são, de longe, o maior grupo de profissionais de saúde em qualquer parte do mundo e, na maioria das áreas de cuidados de saúde, muitas vezes efetuam a maior parte do trabalho no controlo da TB.

.Os autores Gonzalez et al., (2008, p.629) nos alertam que “para um efetivo controle de TB é necessário organizar os serviços considerando a flexibilidade da equipe no acompanhamento do paciente, podendo a supervisão ocorrer no domicílio ou mesmo no local de trabalho.

Para uma melhor contribuição da enfermagem na redução da TB, segundo Júnior, Silva, Mouro (2006) os enfermeiros deverão preocupar-se com: “

- Identificar os SR;
- Realizar assistência integral as pessoas e famílias, quando indicado ou necessário, no domicilio ou nos demais espaços comunitários;
- Orientar quanto a coleta de escarro;
- Administrar vacina BCG;
- Realizar a prova tuberculina. Caso não tenha capacitação para tal, encaminhar para unidade de referência;
- Convocar os contatos para investigação;
- Orientar utentes e familiares quanto ao uso de medicação, esclarecer dúvida e desmistificar tabus e estigmas;
- Convocar utente faltoso à consulta e o que abandonar o tratamento;
- Realizar assistência domiciliar, quando necessária;
- Orientar os auxiliares e técnicos de enfermagem para o acompanhamento dos casos em tratamento e/ou TDO;
- Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto a prevenção, ao manejo do tratamento, as ações de vigilância epidemiológica e ao controlo das doenças;

- Notificar os casos confirmados de TB;
- Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local;
- Observar os cuidados básicos de redução da transmissão do *M. tuberculosis*”

Segundo Wilhians (2008 pag42):

“Os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento. A necessidade de enfermagem é universal. No que respeita à TB, os enfermeiros promovem a saúde de modo a prevenir, em primeiro lugar, que as pessoas fiquem vulneráveis à doença; previnem a doença ao reduzir a transmissão de TB na comunidade, encontrando e tratando os casos ativos; restabelecem a saúde garantindo que os doentes recebem o tratamento de que necessitam; e aliviam o sofrimento ao organizar o apoio para os doentes conforme as suas necessidades individuais”.

Neste sentido Santos e Andrade (2011, p.355) afirmam que “a partir do momento que o enfermeiro é capaz de definir diagnóstico de enfermagem, estabelecer prescrições, avaliar a evolução do seu cliente ele está apto para, juntamente com a equipa multidisciplinar, planejar a alta do seu cliente”.

1.10-Educação para a Saúde (EpS):

Afirma Laverack (2004, pág. 12) que “a educação para saúde se encarrega da programação da agenda e de aumentar a consciência crítica relativamente aos programas de promoção de saúde. Sem a inclusão de estratégias pedagógicas, os programas de promoção de saúde pouco mais seriam do que processos manipuladores de coação e de controlo da comunidade.”

Carneiro e Andrade (2008, p.20) defendem que “a educação voltada para a saúde é a estratégia essencial para o controle da tuberculose e de qualquer outra doença.”

As práticas de EpS para serem bem-sucedidas devem ser previamente programadas, identificando as necessidades do público-alvo, para depois serem implementadas e avaliadas. É necessário definir os objetivos de forma clara e considerar os recursos humanos e materiais disponíveis (Carvalho & Carvalho, 2006, pág. 51).

1.11- Promoção de saúde

O PS é definida por Rodrigues, Pereira, Barroso (2005, p.96), como um conjunto de atividades que se dirigem as necessidades de saúde da população ou de grupos específicos para a prevenção ou detecção precoce de doença e para adoção de estilos de vidas saudáveis.

Para o autor Laverack (2004, p.6) “a promoção de saúde não é uma ideia nova quando encarada como qualquer outra atividade que melhora a saúde dos indivíduos e das comunidades.”

Ainda o mesmo autor reforça de que a (...) promoção de saúde sublinhou a importância de intervenções para prevenir a doença e promover o bem-estar, em vez de confiar nos esforços terapêuticos para o tratamento dos seus efeitos (...).

1.12-Modelo de Promoção da saúde de Nola J. Pender

Tendo em conta que a presente investigação é centrada na área da enfermagem, faz todo o sentido eleger uma teoria que se relacione sobre a temática e debruçar sobre a sua essência. A teoria que vai de encontro com a temática em estudo é o modelo promoção da saúde de Pender, esta teoria é baseada na prevenção de doença.

Uma das teorias habitualmente usada na enfermagem na promoção da saúde, é a teoria do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender, esta teoria constitui a base para estudar a forma como os indivíduos tomam decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde no contexto de enfermagem. Este artigo identificou fatores encontrados numa investigação anterior para influenciar a tomada de decisões e ações dos indivíduos na prevenção da doença (Pender 1997).

O objetivo desse modelo é medir estilo vida promotores de saúde, essa teoria acrescenta três novas variáveis que servem para influenciar o individuo a ter comportamentos de promoção de saúde (1) atividade relacionada com a apresentação, (2) compromisso com um plano de Ação e (3) procura e preferências concorrentes imediatas, (Pender,1997).

Segundo Pender (1997, pag704) a teoria consiste em 14 definições interligadas que são as características e experiências individuais que afetam as ações de saúde subsequentes:

1.Comportamento anterior relacionado: frequência do comportamento igual ou semelhante no passado. Efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de ter comportamentos de promoção da saúde.

2.Factores pessoais: classificados como biológicos, psicológicos e socio-culturais. Estes fatores são preditores de um dado comportamento e moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado.

2.1. Fatores biológicos pessoais: inclui a idade, o género, índice de massa corporal, estado de puberdade, estado de menopausa, capacidade aeróbica, força, agilidade ou equilíbrio.

2.2. Factores psicológicos pessoais: inclui variáveis como a auto-estima, a auto-motivacao, competências pessoais, estado de saúde percebido e definição de saúde.

2.3. Fatores sócio-culturais pessoais: incluem variáveis como a raça, a etnia, a aculturação, a educação e o estatuto sócio-económico.

3.Benefícios da ação percebidos: Resultados positivos antecipados que decorrerão do comportamento de saúde.

4.Barreiras percebidas a ação: bloqueios antecipados, imaginados ou reais e custos pessoais de ter determinado comportamento.

5.Auto-eficácia percebida: julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção de saúde. A auto-eficácia percebida influencia as barreiras percebidas a ação de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental.

6.Atividade relacionada com a apresentação: sentimentos positivos ou negativos subjetivos que ocorrem antes, durante e a seguir ao comportamento baseado nas propriedades de estímulo do comportamento em si. A atividade relacionada com a apresentação influencia a auto-eficácia percebida, o que significa que quanto mais positivo o sentimento subjetivo, maior o sentimento de eficácia. Por sua vez, os sentimentos de eficácia aumentados podem gerar uma apresentação positiva adicional.

7.Influencias interpessoais: conhecimentos relativos aos comportamentos, crenças ou atitudes de outros. As influências interpessoais incluem: normas, apoio social e modelagem. As fontes primárias de influências interpessoais são as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde.

8.Influencias situacionais: percepções e conhecimentos pessoais de uma dada situação ou contexto que pode facilitar ou dificultar o comportamento. Inclui percepções de opções disponíveis, características de exigências e aspetos estéticos do ambiente no qual um dado comportamento de promoção de saúde é proposto para acontecer. As influências situacionais podem ter influências diretas ou indiretas sobre o comportamento de saúde.

9.Comportamento com um plano de ação: o conceito de interação e identificação de uma estratégia planeada conduz á implementação de um comportamento de saúde.

10.Exigencias e preferências de competição imediatas: as exigências de competição são os comportamentos alternativos sobre os quias os indivíduos tem um controlo reduzido porque existem contingências ambientais, tais como o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família. As preferências de competição são comportamentos alternativos sobre os quias os indivíduos exercem um controlo relativamente grande, tais como a escola de um gelado ou de uma manca para o lanche.

11.Comportamento de promoção da saúde: fim do resultado de ação orientado no sentido da obtenção de resultados de saúde positivo tais como o bem-estar ótimo, realização pessoal e existência produtiva. Exemplos de comportamento de promoção de saúde são seguir uma dieta saudável, fazer exercício físico regular, controlar o stress, ter repouso e um crescimento espiritual adequados e construir relações positivas.

Os fatores cognitivos e preceptivos são os principais determinantes do comportamento de promoção da saúde, os instrumentos constituem uma avaliação do estilo vida de promoção da saúde dos indivíduos que é clinicamente útil às enfermeiras no apoio e no ensino ao doente (Pender, 1997)

Se conclui que a teoria de Pender baseia-se na prevenção de doença, onde os profissionais de saúde junto dos utentes contactantes de tuberculose desenvolvem um plano para examinar os fatores de riscos. O objetivo da intervenção é fazer a promoção da saúde no contactante de tuberculose pulmonar para prevenir um diagnóstico tardio.

1.13-Diagnóstico de enfermagem - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) e Classificações das Intervenções de Enfermagem (NIC).

Depois de apontar os cuidados de enfermagem relacionados ao utente TP e com o contactante é fundamental referir os diagnósticos e as intervenções de enfermagem para indivíduos portadores da tuberculose. O conceito diagnóstico de enfermagem não é novo, durante séculos, os enfermeiros identificaram respostas específicas dos utentes para as quais foram utilizadas intervenções, num esforço para melhorar a saúde.

Assim sendo Carpenito (1997, pág.,29) esclarece que “o diagnóstico de enfermagem é uma afirmativa que descreve um tipo específico de problema ou de resposta que a enfermeira identifica.”.

Dando continuidade a definição dos diagnósticos de enfermagem e as intervenções de enfermagem McCloskey e Bulechek, (2004, pág.,40) realça que a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) “apresenta uma lista completa de intervenções de enfermagem que abrange a prática de generalista e das áreas especializadas”.

Para complementar Bulechek, Butcher e Dochterman (2008, pag.,3) dizem que “uma intervenção é definida como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico que um enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente.”

Tabela 8: Plano cuidado enfermagem num utente diagnosticado como TP

| Diagnóstico de enfermagem: NANDA | Características definidoras | Fatores relacionados | Classificações de intervenções de enfermagem: NIC |
|--|---|---|--|
| Padrão respiratório ineficaz: Estado no qual o individuo apresenta um padrão de inspiração e/ou expiração que não produz enchimento ou esvaziamento pulmonar adequado | <ul style="list-style-type: none"> - Respiração curta; - Dispneia; - Cianose; - Tosse; - Alteração da expansão torácica; - Ansiedade | <ul style="list-style-type: none"> - Atividade neuromuscular prejudicada; - Fadiga ou energia diminuída; - Dor; - Ansiedade; - Problemas preceptivos ou cognitivos | <ul style="list-style-type: none"> - Remover e reduzir fatores causais; - Investigar a história dos sintomas e dos fatores causais; - Administrar oxigénio para melhorar a perfusão capilar |
| Fadiga: Estado no qual o individuo experimenta uma sensação constante de sobrecarga, de exaustão, e diminuição da capacidade para o trabalho físico e mental. | <ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de uma contínua e esmagadora falta de energia; - Inabilidade para manter as rotinas usuais; - Habilidade prejudicada para concentração. | <ul style="list-style-type: none"> - Metabolismo energético aumentado ou diminuído; - Estados de desconforto; - Sobrecarga de demanda psicológica e emocional; - Depressão | <ul style="list-style-type: none"> - Controlo de energia; - Controlo de humor; - Controlo da nutrição; - Promoção de exercício; - Incremento de sono |
| Nutrição alterada (Ingestão menor que as necessidades corporais): Estado no qual o individuo tem uma ingestão de nutrientes que não atende as necessidades | <ul style="list-style-type: none"> - Perda de peso mesmo com ingestão alimentar adequada; - Peso corpora 20% abaixo do normal; - Fraqueza dos músculos usados na mastigação e na deglutição; | <ul style="list-style-type: none"> - Inabilidade para ingerir ou digerir alimentos ou absorver nutrientes devido a fatores biológicos, psicológicos, económicos e culturais; | <ul style="list-style-type: none"> - Discutir com/o cliente as possíveis causas do apetite diminuído; - Consultar o nutricionista para esclarecer as |

| | | | |
|---|---|---|--|
| metabólicas). | - Falta de interesse por alimentar-se. | - Falta ou déficit de informação sobre alimentação adequada | exigências calóricas e os tipos de alimentos apropriados para o cliente. |
| Dor: Estado no qual o indivíduo experimenta e relata a presença de severo desconforto ou sensação desconfortável. | <ul style="list-style-type: none"> - Dispneia - Comunicação verbal ou não verbal de dor; - Comportamento defensivo e protetor; - Comportamento compatível com desconforto (gemer, chorar, inquietação...) | Agentes de injúrias (biológicos, físicos, químicos, psicológicos) | Controlo da dor; <ul style="list-style-type: none"> - Massagem simples; - Administração de analgésico; - Estimulação cutânea; - Aplicação de calor/frio |
| Desobediência: Comportamento de pessoa que deixa de coincidir com o plano terapêutico ou de promoção da saúde. | <ul style="list-style-type: none"> - Comportamento indicativo de falta de aderência; - Falha em progredir; - Evidência do desenvolvimento de complicações. | <ul style="list-style-type: none"> - Complexidade; - Duração | <ul style="list-style-type: none"> - O paciente deve compreender que tuberculose é uma doença transmissível e tomar medicamento constitui o meio mais efetivo para evitar transmissão; - O regime com múltiplos medicamentos é complexo, é importante que o cliente compreenda o medicamento, horários e efeitos colaterais. |
| Déficit de conhecimento: Estado no qual o indivíduo não tem a informação correta ou completa sobre aspectos necessários para | <ul style="list-style-type: none"> - Verbalização de problema; - Dificuldade de seguir instruções; - Desempenho incorrecto de teste; - Comportamento inapropriado ou | <ul style="list-style-type: none"> - Falta de experiência prévia; - Dificuldade de memorização; - Interpretação errada de informação; - Limitação | <ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer comunicação. - Monitorar o nível de orientação / confusão do paciente. - Oferecer tempo ao paciente para fazer |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| manter ou melhorar seu bem-estar. | exagerado (por ex: histérico, hostil, agitado, apático). | cognitiva; -Falta de interesse em aprender; -Falta de familiaridade com recursos de informação; | perguntas e conversas sobre preocupações. -Auxiliar o paciente a conscientizar-se da capacidade de evitar doenças ou condições, conforme apropriado. |
|-----------------------------------|--|---|---|

Elaboração Própria

1.14-Discricao do plano cuidado feito pelos enfermeiros da DSSV

Despiste nos contactantes (solicitações de análises sangue, expetoração, Rx, PT, encaminhamento, aconselhamento, educação para saúde, visita domicilio).

O horário de medicamento para os utentes TB é de segunda a sexta a partir das 8 horas de manhã, os utentes da primeira fase de tratamento e também os utentes que tem dificuldades financeiras tem um pequeno-almoço oferecido pelo programa de luta contra tuberculose e lepra depois da administração de medicamento. Nos sábados, domingos e nos dias de feriados o horário é das 9 horas até as 11 horas.

Mas também os enfermeiros fazem aconselhamento durante o atendimento para aplicar o medicamento, fazem encaminhamento dos utentes TB para os centros de saúde da sua área de abrangência, fazem a busca de faltosos, encaminhamento dos utentes mal-educados para internamento, encaminhamento para o serviço de assistente social todos os utentes com problemas sociais, encaminhamentos para consulta de psicologia, visita de domicílio, plano de actividade com as famílias, marcação das análises e Rx dois em dois meses para consulta de controlo que os utentes TB devem fazer.

CAPÍTULO II - FASE METODOLÓGICA

1-Fundamentacao Metodologica

O enquadramento teórico foi desenvolvido com base na revisão da literatura já existente, através artigos, revistas, *sites* académicos de carater científico e dissertações anteriormente elaborados com conteúdos semelhantes.

Inicialmente foi elaborado um projeto do trabalho de conclusão de curso, começando com a escolha do tema identificação do objetivo geral e os objetivos específicos elaboração da justifica e problemática.

O trabalho foi redigido de acordo com as normas do conselho científico da Universidade do Mindelo, com base no livro, Introdução a investigação científica guia para investigação e redigir e as normas de APA.

Após a abordagem do quadro conceptual relativo a temática em estudo, passou a descrever a fase metodológica. Este capítulo objetiva apresentar o desenho metodológico utilizado no presente trabalho, pelo que debruça sobre as questões metodológicas, e o processo metodológico que é utilizado no trabalho, fazendo referência ao tipo de estudo, método de recolha de dados

1.1- Tipo de estudo

A investigação científica possibilita aos investigadores a busca de conhecimentos através de colocação de questões e definição de métodos para responder as questões colocadas, visando encontrar as respetivas respostas.

O objetivo da investigação que se pretende realizar é descrever o perfil dos contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na DSSV, descrevendo a importância do enfermeiro na prevenção de tuberculose evitando o aparecimento de novos casos de TB no seio da família, onde achou adequado delinear um estudo de natureza exploratório e descritivo utilizando metodologia qualitativa de abordagem fenomenológica, com recuso a entrevista semi-estruturada.

Trata-se de uma abordagem fenomenológica porque visa recolher e analisar o conhecimento subjetivo do grupo de contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na DSSV, recolhe de dados sobre o conhecimento que os entrevistados possuem sobre o assunto em estudo, bem como conhecer a forma como estes vivenciam essa experiencia e se estão satisfeito com o atendimento que foi prestados pelos enfermeiros da DSSV quando foram submetido a prevenção e despiste de TB.

Os dados foram colhidos por meio de entrevista, em que a entrevista foi feito no word com perguntas multi-escolha e perguntas abertas escrito em português aprovado pela orientadora, foi impresso e aplicado no grupo de contactantes de forma individual, respondido e escrito pelos mesmos contactantes entrevistados e transcritas com a mais originalidade possível.

O estudo é descritivo na medida em que pretende estudar, compreender e explicar uma situação atual, e é do tipo exploratória porque é desenvolvida com o intuito de proporcionar uma visão geral deste facto que tem um caracter preocupante para a nossa sociedade, especialmente porque é pouco explorado.

Achou pertinente a escolha do método qualitativa e não quantitativo, sendo que pretendesse saber, entender, realçar a visão que os contactantes tem sobre a tuberculose, a importância que atribuem a prevenção e o despiste, bem como a descrição do atendimento prestados pelos enfermeiros da DSSV, isso de um ponto vista individual.

1.2- Instrumento de recolha de informações

É indispensável a escolha de um instrumento de recolha de informações para qualquer trabalho de investigação.

Tendo em conta o tipo de estudo acima apresentado, entendeu-se que o método de recolha de dados que mais se adapta a este estudo e que permite alcançar os objetivos previamente delineados é a entrevista semiestruturada.

Para assegurar o devido rigor elaborou-se um guião de entrevista (Apêndice 1) que foi dirigida 5 contactantes de doentes com tuberculose em tratamento na delegacia de Saúde São Vicente. Mas mesmo antes da sua aplicação foi necessário proceder a um pré-teste do roteiro de modo a garantir que as perguntas estivessem bem elaboradas e que a interpretação do mesmo fosse unânime.

A participação dos entrevistados foi procedido de uma explicação sobre a pesquisa e seus objetivos, seguido da assinatura de um termo de consentimento informado.

As entrevistas foram realizadas de acordo com o horário do serviço da Delegacia Saúde no momento de acolhimento dos contactantes pelos enfermeiros dessa instituição, considerando suas disponibilidades a tempo e horário.

As entrevistas foram registadas em papel impresso, com duração média de dez minutos (10'), procurando assegurar a fiabilidade do estudo através dos instrumentos de colheita de dados. As mesmas foram realizadas no período compreendido durante o mês de Maio de 2019.

1.3-Populacao em estudo

Os participantes do estudo centra-se em uma população no que se refere aos contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na Delegacia de Saúde de São Vicente, sendo um dos objetivos específicos do trabalho conhecer o conhecimento que os contactantes tem sobre a tuberculose, e também descrever a importância do enfermeiro na prevenção da tuberculose no meio dos contactantes.

Para a escolha da população do estudo foi escolhido os contactantes dos doentes TB com seguimento e tratamento na Delegacia Saúde que preenchiam alguns requisitos necessários para a investigação, e neste sentido foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes que foram:

- Contactantes que pertence a uma família numerosa;
- Contactantes que aceitaram a participar no estudo por livre e espontânea vontade;
- Contactantes que pertence há uma família que já teve dois ou mais casos de TB;
- Contactantes que tem crianças com menor de 5 anos em casa

Os critérios de exclusão foram:

- Contactante menor de idade;
- Contactante que não apareceu na reunião de entrevista;
- Pessoas que nunca teve contacto com um doente TB;

1.4- Caracterização da população

Os critérios supracitados foram selecionados 5 contactantes de doentes com tuberculose em tratamento na delegacia saúde de são vicente, com características próprias e individuais que vai de encontro as necessidades que permitem dar respostas os objetivos anteriormente estabelecidos.

Tabela 9: Caracterização da população

| Utente | Idade | Género | Estado Civil | Escolaridade |
|--------|-------|-----------|--------------|--------------|
| E1 | 41 | Feminino | Casada | Superior |
| E2 | 23 | Feminino | Solteira | Superior |
| E3 | 21 | Feminino | Solteira | Secundária |
| E4 | 41 | Feminino | Casada | Superior |
| E5 | 24 | Masculino | Solteiro | Primaria |

Elaboração Própria

A população alvo foi caracterizada de acordo com as seguintes categorias: idade, género, estado civil, habilitações literárias.

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a população representada é constituída por 5 contactantes, onde pode-se notar o domínio do género feminino sendo 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto a faixa etária, a idade dos participantes esta situada entre [21 - 41] anos, e em relação ao estado civil da amostra do estudo, pode-se verificar duas são casadas e 3 são solteiros. E no que concerne a habilitação literária, este engloba 3 de escola superior uma com escola secundária e um com escolaridade primária.

1.5-Aspetos éticos e legais

A ética engloba o conjunto de atitudes consideradas corretos que devem ser tidos em conta ao longo da investigação, para salvaguardar o respeito aos direitos de todos os intervenientes. Qualquer investigação que envolva pessoas levanta questões éticas e morais, e este trabalho não é exceção, pois no desenvolvimento do mesmo procura-se cumprir todos os requisitos éticos necessários, nomeadamente confidencialidade, autonomia, autodeterminação e anonimato.

Ainda foi entregue um termo de consentimento informado (Apêndice) aos participantes, explicando tudo sobre o estudo, também lhes foram informados que podem recusar em colaborar ou a desistir em qualquer momento, não causando nenhum dano na sua realização.

Foram seguidas todas as regras necessárias, sendo que a investigação no campo clínico só se iniciou com autorização da Delegacia de Saúde de São Vicente. Essa autorização foi concebida mediante a entrega de um requerimento a comissão ética da Delegacia de Saúde de São Vicente (Anexo).

As informações só serão uteis a fins da pesquisa, respeitando o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a identidade de cada participante. Neste sentido o consentimento e o guião de entrevista foi entregue a cada um dos participantes no primeiro dia de atendimento para adquirir as informações sobre o despiste de TB adquirindo a requisição de análise, Rx tórax e marcação de teste tuberculina, de forma que pudessem analisá-lo e decidir se quisessem mesmo participar ou não na entrevista.

2- Caracterização do Local de estudo

A Delegacia de Saúde de São Vicente é uma instituição de saúde pública voltada para os cuidados de saúde primária para servir a comunidade são vicentina. Era a antiga casa do Dr. Fonseca, que após a sua morte tornou-se num espaço abandonado, cheio de lixo e frequentado por toxicodependentes. Tem uma localização geográfica de excelência centrada no centro da cidade, na rua Fernando Ferreira Fortes, a sua frente a casa da Cesária Évora, á direita a Universidade Cabo Verde, á esquerda a Escola de Ensino Básico, perto do Hospital Baptista de Sousa e Camara Municipal. É uma obra construída de raiz, com quatro pisos. Foi inaugurada no dia 24 de julho de 2013. Esta instituição tem ainda ao seu serviço em anexo cinco centros de saúde, um centro de reprodutiva de Bela Vista, um Centro de Terapia Ocupacional (CTO) e três Unidade Sanitária de Base.

A sede da Delegacia de Saúde é constituída com os seguintes compartimentos: Piso 0: encontra-se a receção; duas salas de enfermagem, sendo que na sala de enfermagem 1 são atendidos os doentes em tratamento da Tuberculose, Hansen e VIH e na sala de Enfermagem 2 onde se faz a vacinação, distribuição de insulina aos doentes diabéticos, teste de Mantoux (despiste da tuberculose), ECG; quatro salas de consulta médica; um consultório de Estomatologia, cinco casas de banho; uma arrecadação e o elevador. Recursos humanos: dois rececionistas, três enfermeiros, dois médicos clínicos gerais, uma psicóloga, um dermatologista, dois técnicos de prótese dentária, um agente sanitário, um ajudante de serviços gerais e dois motoristas.

Piso 1: encontra-se o laboratório de análises clínicas; uma sala de conforto; dois vestiários, um masculino e um feminino; quatro casas de banho; uma arrecadação, um sector de fisioterapia, uma biblioteca e elevador. Recursos humanos: três técnicos de laboratório, dois agentes operacionais, um ajudante serviços gerais, uma fisioterapêutica.

Piso 2: há um consultório de assistente social; consultório de nutrição; serviço de epidemiologia; serviço de sanidade marítima; duas casas de banho e o anfiteatro e elevador. Recursos humanos: um assistente social, duas nutricionistas, dois técnicos de epidemiologia, dois enfermeiros.

Piso 3: há uma sala de superintendente de enfermagem; serviço de estatística; serviço de contabilidade e recursos humanos; secretaria; gabinete da administradora; gabinete do delegado de saúde e duas casas de banho e elevador. Recursos humanos: Delegado de saúde, administradora, sete administrativos, um apoio operacional, dois técnicos de estatística, um superintendente de enfermagem, um ajudante de serviços gerais.

2.1-Funcionamento do serviço

Segunda-feira: tem consulta médica de VIH e clínica geral.

Terça-feira: procedimentos de enfermagem, consulta de alergeologia e deslocamento de uma equipa multidisciplinar a comunidade de calhau.

Quarta-feira: vacinação de febre-amarela, consulta de tisiologia, demanda espontânea.

Quinta-feira: deslocação de uma equipa multidisciplinar a comunidade de salamansa, despiste de TB (demanda espontânea), consulta de IST.

Sexta-feira: deslocação de uma equipa multidisciplinar a comunidade de São Pedro.

Sábado/ domingos/ feriados: fazem administração de medicamentos injetáveis e curativos, agora recentemente a Delegacia saúde já presta um novo serviço a

população são-vicentina que é serviço de ecografias todos os sábados de manhã com uma limitação de 10 marcações as marcações devem ser feitas com antecedência.

Todos os dias fazem consultas de clínica geral, psicologia, dermatologista e cuidados diários de enfermagem solicitados.

CAPÍTULO III - FASE EMPÍRICA

1. Apresentação e Interpretação dos dados

Uma vez finalizada a etapa da recolha de informações torna-se necessário fazer a análise e a interpretação dos resultados encontrados. Esta etapa possibilita a percepção dos achados da investigação feita ao longo desse percurso.

Para uma boa organização e compreensão dos resultados das pesquisas foi necessário criar categorias quatro (4) de modo a ter uma exibição de forma resumida e bem complacente da investigação. Essas quatro (4) categorias foram divididas em subcategorias, a primeira categoria foi dividida em duas subcategorias, a segunda foi dividida em uma subcategoria, e a terceira em uma subcategoria que serão apresentados num quadro abaixo referenciado para uma melhor interpretação.

E para análise das conversas dos entrevistados foi-se utilizado a matriz de análise de conteúdo de Bardin (apêndice IV).

Tabela 10: Apresentação das categorias

| Categoria | Subcategoria |
|---|---|
| Categoria I: Aspecto relacionado com a tuberculose. | 1ª Subcategoria: Forma transmissão. 2ª Subcategoria: Os sinais e sintomas. |
| Categoria II: Local do tratamento. | 1ª Subcategoria: Importancia fazer o despiste TB. |
| Categoria III: Criança em casa que faz prevenção TB com a Isoniazida. | 1ª Subcategoria: Fazem a administração correta do medicamento. |
| Categoria IV: Encontram satisfeito com o apoio que recebem dos enfermeiros da DSSV. | |

Elaboração própria

1.1- Apresentação dos entrevistados

Antes da análise detalhada das categorias é importante a apresentação das informações básicas sobre a identificação dos participantes tendo sempre em atenção o sigilo e anonimato exigido durante a investigação. Nesta caracterização geral dos entrevistados foi pertinente mencionar os dados essenciais tais como: idade, sexo, habilitações, estado civil, quantas pessoas vivem na casa, se tem criança menor de 5 anos.

Tabela 11: Caracterização Geral dos Entrevistados

| Entrevistado | Idade | Sexo | Habilitações | Estado civil | Quantas pessoas vivem na casa | Tem criança menor de 5 anos. |
|--------------|-------|------|--------------|--------------|-------------------------------|------------------------------|
| E1 | 41 | F | Superior | Casada | 4 | Não |
| E2 | 23 | F | Superior | Solteira | 3 | Não |
| E3 | 21 | F | Secundaria | Solteira | 7 | Sim |
| E4 | 41 | F | Superior | Casada | 3 | Sim |
| E5 | 24 | M | Primaria | Solteiro | 2 | Não |

Elaboracao Própria

Da análise efetuada relativamente ao género pode-se verificar que a população representada é constituída por 5 contactantes, onde pode-se notar o domínio do género feminino sendo 4 do sexo feminino e 1 do sexo masculino.

Quanto a faixa etária, a idade dos participantes esta situada entre [21 - 41] anos, e em relação ao estado civil da amostra do estudo, pode-se verificar duas são casadas e 3 são solteiros. E no que concerne a habilitação literária, este engloba 3 de escola superior uma com escola secundária e um com escolaridade primária.

Relativamente a apresentação das informações passa-se a disposição das quatro (4) categorias: Categoria I; Categoria II, Categoria III e categoria IV

1.2- Análise e interpretação das categorias

De acordo com os objetivos do trabalho de pesquisa, foi recolhido informações junto as populações estudadas. É cessada a etapa de colheita de informações, que foi procedido através de entrevistas, foi necessário efetuar análise e interpretação dos resultados dos mesmos que, de acordo com a metodologia utilizada, foi utilizada a transcrição das entrevistas e respetiva análise de conteúdo. Após recolhido o material para realização de estudo, este foi submetido a análise de conteúdo técnica que a prática revela mais adequada, pois possibilita o tratamento de informações recolhidos tendo em conta os discursos dos diferentes entrevistados.

Assim neste capítulo encontra-se uma referente caracterização dos selecionados, apresentação dos resultados obtidos através de entrevistas, e apresentação das respostas obtidas. Ao chegar nessa fase de investigação a finalidade é caracterizar-se do cumprimento dos objetivos, verificar, se as informações recolhidas correspondem, aos objetivos anteriormente formulados, de modo a confrontar o quadro de referências do investigador e o material empírico.

Relativamente a apresentação das informações passa-se a disposição das quatro (4) categorias: Categoria I; Categoria II, Categoria III e categoria IV.

Categoria I- Aspetos relacionados com a tuberculose (TB).

Relativamente a esta categoria pretende conhecer também as subcategorias como o conceito de tuberculose, como se transmite, os sinais e sintomas, se no caso apresentar sintomas de tuberculose ou algum familiar, é fundamental procurar unidade de saúde mais próxima da residência para avaliação e realização dos exames. Se o resultado for positivo, deve-se iniciar o tratamento o mais rápido possível e segui-lo até o final e se no caso for negativo ficará a saber como se prevenir.

Referenciando o conceito da tuberculose, os entrevistados relataram que:

“ (...) *Causado por um micróbio chamado bacilo de Koch*”. E1

“ (...) *Presença bacilo no pulmão*”. E2

“ (...) *Por um vírus chamado bacilo*”. E3

“ (...) *Que afeta os pulmões*”. E4

“ (...) *Nada*” E5

De acordo com as respostas transcritas dos entrevistados percebe-se que quase todos têm o mesmo conceito em concordância com a literatura, podemos ver que E2 e E4 apontam os órgãos mais atingidos, enquanto que E1, E2 e E3 referem especificamente o tipo de bactéria causador da doença tuberculose nesse caso o bacilo de Koch enquanto que E5 não sabe nada sobre a respeito do conceito da tuberculose.

Referenciando a subcategoria que se trata da forma como se transmite o bacilo de Koch, o ideal é que as medidas de controle sejam implantadas até que haja a negatificação da baciloscopia, os contactantes entrevistados, disseram que:

“ (...) *Tosse espirros e escarros*”. E1

“ (...) *Tosse espirro ou enquanto fala*”. E2

“ (...) *Saliva ou falar com outra pessoa ou tossir ou espirrar*”. E3

“ (...) *Via respiratória*”. E4

“ (...) *Tosse, cuspir no chão*”. E5

Percebe-se que E1, E2, E3, E5 ou seja a maioria tem praticamente o mesma resposta, que a TB se adquire através do ar, fala, espirro, tosse enquanto que o E4 refere-se que transmite através da via respiratória.

Evidenciando a subcategoria sobre sinais e sintomas podemos observar após a análise de conteúdo as seguintes respostas encontradas abaixo:

“ (...) *Tosse mais de 15 dias, febre principalmente à tardinha, dor no peito, fadiga, dificuldade em respirar*”. E1

“ (...) *Falta apetite, perde peso, dores no peito, febre à tardinha*”. E2

“ (...) *Pessoas com tuberculose apresenta tosse frequentemente pode ser acompanhada com secreção com sangue e baixo de peso*”. E3

“ (...) *Tosse, febre, emagrecimento*”. E4

“ (...) *Tosse, vomito, dor cabeça, febre, emagrecimento, fadiga, dor estomago*”. E5

Em relação aos sinais e sintomas podemos constatar uma semelhança entre as respostas de cada entrevistado segundo a literatura de pesquisa, como podemos ver o E3 não esqueceu de referir que por vezes o doente pode ter catarro com sangue o que muitas vezes acontece.

As percepções dos sintomas não fogem muito do que foi solicitados no trabalho, os entrevistados estão em linha de pensamento com que os autores já acima referenciaram no enquadramento teórico, sendo assim pode-se perceber que o principal sintoma apresentado pelos contactantes é a tosse.

Categoria II - Aspetos relacionados ao tratamento

Esta categoria está relacionada ao local de tratamento, onde é feito o tratamento, referenciando uma subcategoria qual a importância do despiste.

Referenciando a categoria o Impacto onde é feito o tratamento, percebeu-se de que:

“(…) *Na Delegacia saúde são vicente, nos centros saúde e no hospital.* E1

“(…) *Delegacia saúde, hospital e centros saúde.* E2

“(…) *Hospital.* E3

“(…) *Delegacia saúde.* E4

“(…) *Não.* E5

Percebe-se que E1 e E2 tem a mesma resposta refere-se os mesmos lugares, já E3 indica só o Hospital e E4 a Delegacia Saúde, como podemos ver o E5 não sabe indicar onde é feito o tratamento. Podemos afirmar que os entrevistados estão informados onde que podemos fazer o tratamento da TB ou também buscar informações sobre a doença.

Evidenciando a subcategoria sobre a importância do despiste descreveram que:

“(…) *É importante descartar tuberculose nos contactantes de tuberculose e nos sintomáticos respiratórios.* E1

“(…) *Prevenção tuberculose.* E2

“(…) *Permite prevenir para que a pessoa não tenha risco de vir a ter tuberculose.* E3

“(…) *Diminuir o número de infetantes.* E4

“(…) *Descartar até que ponto ficou o contacto.* E5

Neste contexto podemos observar que teve uma grande semelhança em relação as respostas acima mencionadas pelos entrevistados perante a importância do despiste da TB onde todos referem que o despiste ajuda na prevenção da tuberculose, evitar um diagnóstico tardio e diminuir o número infetantes.

Quanto aos contactantes aceitam fazer o despiste, alinham em todos os processos de prevenção, automaticamente faz com que o risco de adoecer mas tarde diminui evitando um diagnóstico tardio.

Os entrevistados reconhecem a importância do despiste, a importância de se prevenir e de mudanças de comportamento promovendo um estilo de vida saudável.

Conclui-se que é importante o conhecimento do contactante, no que diz respeito a doença e as suas diversas formas de prevenir.

Categoria III: Aspeto relacionado com a prevenção da tuberculose nas crianças.

Esta categoria refere-se se em casa tem criança que faz a prevenção da TB com Isoniazida e uma subcategoria que é saber se fazem a medicação correta do medicamento, com objectivo de prevenir o desenvolvimento da tuberculose.

Referenciando a categoria se tem criança menor de 5 anos em casa fazendo a prevenção com a Isoniazida dizem que:

“Não”. E1

“Não”. E2

“Sim”. E3

“Sim”. E4

“Não”. E5

Evidenciando a subcategoria se fazem a administração correta e porque, segundo as afirmações (sim) que foram respondido pelos entrevistados E3 e E4 sendo que os outros entrevistados não tem crianças menor de 5 anos em casa que faz essa prevenção. Permitiram os entrevistados que tem criança e fazem essa prevenção há responder na subcategoria III o seguinte:

“ (...) Sim porque ajuda a combater o vírus. E3

“ (...) Sim para evitar que mais tarde venha a desenvolver a doença. E4

Neste contexto todos os contactantes que tem criança em casa respondem que fazem a administração correta a E2 indique que é para combater o vírus enquanto que

E3 refere-se que é para evitar o aparecimento da doença, descarta um diagnóstico tardio, promovendo a saúde da criança.

Categoria IV: Aspeto relacionado com a satisfação do atendimento que recebem dos enfermeiros da Delegacia Saúde responderam que:

“*Sim.*” E1

“*Sim*”. E2

“*Sim*”. E3

“*Sim*”. E4

“*Sim*”. E5

Todas responderam a mesma resposta do que indica que todos encontram satisfeito com o atendimento prestados pelos enfermeiros da Delegacia Saúde, permite dizer que os enfermeiros estão a contribuir de melhor forma a prevenção da TB, dando atenção no despiste e educação para saúde no seio dos contactantes.

Para incentivar a adesão a prevenção os enfermeiros deve garantir um excelente atendimento, utilizar o diálogo para incentivar a mudança comportamento com objectivo de prevenir. O bom relacionamento entre o contactante e o enfermeiro, a informação e educação sobre a doença e a sua prevenção, a flexibilidade e disponibilidade dos serviços, bem como a motivação e a crença na eficácia da prevenção, devem ser exaltados e potenciados no sentido de se obter um impacto positivo na adesão à mudança comportamento com intuito de prevenir.

O papel do profissional de enfermagem é reconhecido pela capacidade e habilidade que possui para compreender o ser humano holisticamente, pela integridade da assistência á saúde e pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades da comunidade (Costa et al.,).

As ações do enfermeiro na saúde pública incluem além da prevenção, a notificação compulsória, a identificação de contactantes e monitoriamento do tratamento do utente.

O enfermeiro contribui para a melhoria na qualidade da assistência prestada ao cliente, estando preparado para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quando coletivo, onde o mesmo deve compreender que o adoecimento se deve as condições de vida, definidas pela inserção social, vulnerabilidades, tanto pessoais como coletivas.

Assim o enfermeiro na saúde pública deve compreender a abordagem do processo de saúde-doença permitirá a compreensão da situação de saúde do contactante, do território onde vive e das possibilidades para a superação dos diversos contextos de vulnerabilidade.

À enfermagem cabe providenciar o exame e o tratamento preventivo dos contactantes, procurando protege-los da possibilidade de transmissão do bacilo da tuberculose, seja ele sensível ou resistente às drogas usuais. Para isso o enfermeiro durante a consulta com o contactante, valendo-se das técnicas de educação em saúde, trata de orientá-los para a formação de um novo comportamento frente á doença.

Os contactantes relatam a razão de se prevenir tudo isto, evitando o estigma da doença e ao mesmo tempo, enfatizando as sormas de se proteger, promovendo a sua saúde e prevenindo a infecção. A investigação dos contactantes é importante medida de detecção e prevenção de novos casos.

É possível ressaltar a importância da enfermagem em prover e prever serviços de enfermagem de saúde pública voltados para investigação de copntactantes de doentes TB, pois sua atuação pode ser a parte fundamental para um efetivo controle da tuberculose junto á população.

1.3-Discussão dos resultados

Através dos resultados obtidos e analisados da entrevista, foi possível verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisada, anteriormente transcrita no estado de arte.

Tendo atingido esta etapa do trabalho de conclusão de curso, é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões a cerca da temática em estudo: Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar da Delegacia Saúde São Vicente.

Permite o entrevistador dizer que o despiste de TB é importante porque ajuda na prevenção da tuberculose, evita um diagnóstico tardio e diminui o número infetantes.

Para que o investigador consiga de uma forma precisa e profunda efetuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos de investigação de estudo. Desta forma tentar-se-á, com os dados obtidos, dar resposta a cada uma delas, tornando-se mais facilitador

Através dos resultados obtidos nas entrevistas, pode-se verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a revisão bibliográfica efetuada.

Tendo em conta o objetivo principal do trabalho, e a partir da análise de conteúdo elaborado, o investigador constatou haver concordância por parte dos entrevistados onde apontaram as formas de transmissão da TB e isso ajuda o entrevistado a reduzir a exposição dos fatores de risco, identificaram também os sinais e sintomas isso demonstra que se no caso tiver essas sintomas ou sinais já sabem que eles tem que procurar ajuda de um profissional saúde.

De acordo com estes resultados o investigador pode concluir que as intervenções feitas pelos enfermeiros na prevenção da tuberculose baseando nas palestras, distribuição de folhetos informativos tiveram um impacto positivo no seio dos contactantes.

Assim sendo, podemos considerar que o enfermeiro na sua atuação nunca pode trabalhar sozinho, mas sim em equipa no intuito de dar melhores respostas promovendo uma boa prática de acordo com seus conhecimentos e experiências profissional.

Fazendo uma avaliação sobre o cumprimento dos objetivos propostos para este estudo pode-se afirmar que todos os objetivos traçados foram alcançados da melhor forma tendo por base a pesquisa bibliográfica feita e os resultados obtidos durante a pesquisa no campo empírico.

Relativamente ao objetivo geral:” Descrever o perfil de contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente”. Verifica-se que os contactantes preocupam com a saúde, encontram-se todos motivados na prevenção e na promoção da saúde, mostram interesse em adquirir mas conhecimento e esclarecer as suas dúvidas no que diz respeito a patologia.Todos responderam as perguntas ajudando a fazer o levantamento de dados pessoais e avaliar o grão de exposição dos factores de risco e também qual o nível de conhecimento eles tem sobre a tuberculose todos mostram ter um pouco de conhecimento.

Este objectivo foi cumprido na sua totalidade visto que acolhi todas as informações que precisava e avaliar o nível de conhecimento de acordo com a literatura prescrita no enquadramento teórico.

Um dos primeiros objetivos específicos elaborados também foi alcançado, que é “Descrever as características sócio demográficas dos contactantes dos doentes com TB em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente.” Os factores socio demográficos também são vistos como factores de riscos no aparecimento da TB, implica saber quais são os factores que o contactante encontra-se exposto para saber dialogar e explicar a importância de diminuir essa exposição evitando esses factores.

Este objetivo foi cumprido na sua totalidade, porque durante o levantamento bibliográfico ficou claro que um dos facotes responsáveis pelo aparecimento da TB são factores socio demográficos e como diminuir a exposição desses factores.

O segundo objetivo específico foi “Relatar o comportamento dos contactantes relativamente a terapêutica prescrita para a prevenção feita na Delegacia de Saúde São Vicente”.Este aobjectivo também foi tracado na sua totalidade porque todos os pais que tem criança contactante em casa que faz a prevenção da TB com Isoniazida, responderam que fazem administração correta do medicamento porque ajuda a prevenir, evitando um diagnóstico tardio, descreveram a importância que o medicamento vai desempenhar no organismo da criança. Demostraram preocupação e interesse em prevenir.

O terceiro objectivo especifico foi “Saber qual o conhecimento que os contactantes da Delegacia de saúde São Vicente tem sobre a tuberculose”.Todos demostraram que possui um pouco de conhecimento no que diz respeito a TB respondedo todas as perguntas desde da sua difinicao, forma transmissão, sinais e sintomas factores de riscos, onde é feito o tratamento, e a importância de se

prevenir. Este objectivo foi cumprido na sua totalidade porque através do conhecimento que o contactante tem sobre a TB ajuda ele mesmo a prevenir.

O último objetivo específico é o seguinte: “Identificar a importância da enfermagem no contexto de prevenção de tuberculose na Delegacia Saúde São Vicente”. Este objectivo foi bem alcançado acredita-se que a comunicação e a informação são as ferramentas fundamentais na prevenção da TB, como também a educação e promoção de saúde é primordial no âmbito comunitário, como também deve estar presente em casa, para promover hábitos saudáveis necessários a manutenção da saúde e do bem-estar.

Neste sentido conclui-se que a prestação de cuidados saúde prestado pelos enfermeiros da Delegacia Saúde São Vicente é favorável ou seja suficiente boa pelos contactantes da TB ou seja os contributos de enfermagem na atenção primária da prevenção da tuberculose esta sendo realizada da melhor forma, de acordo com as respostas dos entrevistados eles estão todos satisfeitos com o atendimento prestado pelos enfermeiros ou seja a atenção dada pelos contactantes não esta a ser comprometida, conclui-se que a enfermagem é importante na prevenção da TB.

Chegando nessa fase do trabalho, com base na questão levantada para esse estudo, permite o entrevistador afirmar que o objetivo desse estudo foi atingido.

Relativamente aos objetivos específicos traçados o entrevistador ao analisar as respostas dos entrevistados constatou-se que é primordial saber compreender as necessidades de saúde da população e para tal não basta só informar, ou seja, comunicar alguma coisa de que julgamos haver necessidade. É essencial educar, transmitir conhecimentos adequados e pertinentes para a saúde do utente/ família/ comunidade sendo para tal dar informações sistematizadas como os ensinamentos pontuais ou ações de EPS em grupo.

De acordo com a literatura pesquisada é de realçar que a enfermagem é importante no controlo da tuberculose porque quando não há uma interação positiva entre o profissional de saúde e o contactante isto pode determinar o comprometimento de um suposto diagnóstico tardio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha desse tema foi motivada pelos interesses profissionais, acadêmicos e pessoais, sustentada pela transição epidemiológica vivenciada pelo país.

Durante a elaboração deste trabalho procuramos caracterizar o perfil contactantes dos doentes com tuberculose, com objetivo de ampliar a capacidade e aprofundar os conhecimentos baseados na investigação científica.

Através das várias etapas do processo de investigação (fase conceptual, fase metodológica, e fase empírica), percebeu-se a elaboração deste trabalho de conclusão de curso, com o objetivo de conhecer as intervenções de enfermagem na prevenção da TB no seio dos contactantes dos doentes com diagnóstico de TB em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente.

Após a análise de conteúdo da investigação, verificou-se a concordância entre os resultados obtidos, através das entrevistas em comparação a literatura pesquisada, explicita no capítulo referente ao estado de arte.

Na realização dessa prática assistencial, observamos a importância das atividades do enfermeiro para o sucesso do cuidado e EpS com a comunidade e principalmente nos contactante de Tuberculose.

Constatamos que a enfermagem tem um papel indispensável na assistência direta ao usuário, ao fazer parte da equipe interdisciplinar dos profissionais de saúde que atuam como educadores.

Existe a necessidade de se pensar em intervenções educativas baseadas num enfoque psicossocial considerando a multidimensionalidade da adesão na prevenção da tuberculose, de melhores medidas de biossegurança, compromisso social e humanidade que contribuam para a diminuição das taxas de casos novos de tuberculose, cortando a cadeia de transmissão da TP.

Assim, implica em considerar e respeitar as necessidades, sentimentos, conhecimentos e crenças a respeito da doença e do próprio tratamento seus modos de vida e sua dinâmica familiar. Implica, também, em refletir sobre todas as dimensões que envolvem o fenómeno multidimensional da aderência da pessoa na prevenção, sendo primordial o vínculo entre os profissionais e a pessoa durante as ações de educação para saúde explicando a importância de evitar os fatores de riscos e promovendo um estilo de vida saudável, e sua eficácia atendendo as necessidades da pessoa. Uma das principais dificuldades decorrentes na prevenção pode estar relacionada a dificuldade na aceitação

de mudanças de comportamento promovendo um estilo vida saudável com objetivo de prevenir da TB.

Resta agora referir que foi com grande empenho e dedicação que este trabalho de conclusão de curso foi elaborado, e que pelo seu caráter, contribui para o desenvolvimento pessoal e intelectual, assim como a aquisição de capacidades que, ao longo desta licenciatura, ainda não tinha sido adquiridas, no sentido de que num futuro profissional ele irá contribuir para colaborar em possíveis mudanças de comportamento que a nível profissional, com Enfermeiro, que a nível social, como pessoa.

Portanto permite o investigador elaborar e apresentar as seguintes propostas:

Pospostas do Estudo / Sugestões:

- Criar postos específicos para o tratamento da TB no sentido de dar uma atenção especial promovendo boa interação enfermeiro/ utente enfermeiro/ contactante e enfermeiro/ família;
- Ainda sugere-se que invista mais na formação de profissionais capacitados para atuar e dar assistência aos portadores da tuberculose e aos contactantes da tuberculose;
- Melhorar as condições habitacionais, de higiene e saneamento básico impulsionando uma vida saudável;
- Convocar os utentes e familiares para participar nas atividades desenvolvidas na DSSV para ampliar seus conhecimentos e reconhecer que a TB é um grave problema de saúde pública;
- Continuar a fornecer o pequeno-almoço até o final da segunda fase do tratamento e também nos utentes que mostra dificuldade em manter uma alimentação saudável;
- Continuar a fazer o despiste nos contactantes, educação para saúde e as visitas de domicílio nas famílias que tem doente TB nas suas residencia;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bertolozzi, M., Takahashi, R., Hino, P., Litvoc, M., & França, F. (2014, Abr-Jun). O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. *Rev Med (São Paulo)*, pp. 83-89.

BULECHEK Howard; K. BUTCHER; Joanne McCloskey DOCHTERMAN (2010). *NIC: Classificação das Intervenções de Enfermagem*; 5ª Edição, Elsevier Editora

CARVALHO, A; CARVALHO, G. (2006). Educação para a Saúde: *Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. 1ª Edição, Loures, LUSOCIÊNCIA

CARNEIRO, M.M.S e ANDRADE, M. (2008). “A estratégia de enfermagem no controle da tuberculose: Implicações para o enfermeiro promotor da saúde.” *Informa-se em promoção da saúde*, v.4, n.2.p.20-21. p.20

Daniel, T. M. (2006). The history of tuberculosis. *Respir Med*, pp. 1862-1870.

Fortin, M. F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Processos de Investigação* (1ª ed.). Loures: Lusodidacta.

FERREIRA, J.H. Barros e AMARAL, M. Dulce. (1990). Saúde, Fonte de Bem-Estar. s/l. P.60, 62, 63

GONZALES, I.C. et al. (2012). “A coordenação da assistência no controle da tuberculose.” *RevEscEnferm USP*”. Ribeirao Preto. (46). 1. P.111-8

Gradmann, C. (2006). *Robert Koch and the white death: from tuberculosis to tuberculin*. *Microbes Infect*.

Jordao, L., & Vieira, O. V. (2011). Tuberculosis: new aspects of an old disease. *Int J. Cell Biol*, pp. 1-13.

LAVERACK, Glenn (2008). *Poder e empoderamento*. 1ª Edição, Loures, LUSODIDACTA.

LOPES, A. O. (2010). *Tuberculose um problema de saúde pública, causas do abandono do tratamento*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Centro Universitário de São Camilo: São Paulo.

MONTEIRO, L.H.B et al. (2015). Diagnósticos e Prescrições de Enfermagem Parar Pacientes com Tuberculose: Oferecendo Subsídios para a Equipe de Enfermagem. ENCICLOPÉDIA BIOSFERA, Centro Científico Conhecer – Goiânia, v.11, n.20; p.323

MINISTÉRIO DE SAÚDE (2011). *Tratamento Diretamente Observado (TOD) Da Tuberculose na Atenção Básica*. 1º Edição. Brasília. P.12,13,36,62.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual da Recomendações para o Controlo da Tuberculose no Brasil – Ministério da Saúde, Secretária de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011

Ministério da Saúde -PNLTL. (2018). Cabo Verde registou 247 casos de tuberculose em 2017. *Infopress*. Obtido em <http://www.inforpress.publ.cv/cabo-verde-registou-247-casos-de-tuberculose-em-2017-ministerio-da-saude/>

Ministério de Saúde do Brasil. (2016). *Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela*. Brasília: Ministério da Saúde.

NOGUEIRA, A.F. et al. (2012). “Tuberculose: uma abordagem geral dos principais aspetos.” *RevBras Farm*.93 (1):3-9. Niteroi, RJ, Brasil. P.7

Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e Lepra. (2012). *Guia técnico de controlo da tuberculose*. Praia. P.5,25,42,43,47,48.

Programa Nacional para a Tuberculose. (2013). *Manual de boas Práticas de Enfermagemem Tuberculose*.p23

Pawlowski, A., Jansson, M., Skold, M., Rottenberg, M. E., & Kallenius, G. (2012). Tuberculosis and HIV co-infection. *PLoS Pathog*.

Pender, N.J. (1997). Health promotion in nursing practice (3rd ed.) .stamford, CT: Appleton & Lange, pp.699-707

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa. (2005) Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Edição; Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra, p. 96

SIQUEIRA, H.R. (2012). Enfoque Clínico da Tuberculose Pulmonar. Rio de Janeiro, RJ, Brasil; 21 (1): 15-18. p.16

WHO. (2011). the global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. *World Health Organization*, pp. 1-90.

Sites consultados:

➤ <http://portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/212/1/Plano%20Nacional%20de%20Desenvolvimento%20Sanitario.pdf> Acesso em 25.06.2019

APÊNDICE

Apêndice I- Guião de Entrevista com os contactantes TB da ppdm

TÍTULO:” Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose pulmonar da Delegacia Saúde de São Vicente: Importância do enfermeiro na prevenção da tuberculose”

A) Entrevista:

- 1) Idade__ Sexo__
- 2) Escolaridade
- 3) Morada
- 4) Vivem numa casa própria ou alugada?
- 5) Existem crianças menores de 5 anos?
Sim____ Quantos____
Não____
- 6) Quantas pessoas vivem na casa?
- 7) Quantos quartos tem na casa?
- 8) Tem casa de banho? Sim____ Não__
- 9) A casa tem boa ventilação? Sim____ Não__
- 10) Quem é responsável da família? Pai____ Mãe____ Todos__
- 11) Qual é o rendimento económico da família?
<15 Mil escudos____
>15 Mil escudos____

B) Formulação da entrevista:

- 12) O que entendes sobre a tuberculose?
- 13) Sabes como a tuberculose é transmitido?
- 14) Sabes identificar alguns sinais e sintomas que o doente com tuberculose pode apresentar
- 15) Sabes onde é feito o tratamento?
- 16) Sabes qual a importância de fazer o despiste de tuberculose?

17) Em casa tem alguma criança que faz a prevenção da tuberculose com a Isoniazida? Sim_____ Não_____

18) Fazem a administração correta do medicamento?

Sim_____ Não_____

Porquê?

19) Estás satisfeitas com o apoio que recibes dos enfermeiros da Delegacia Saúde?

Sim_____ Não_____

Apêndice II – Requerimento

*Para autorização por favor
Contactar a Enfermagem Alameda e
Natalino e obter parecer favorável.
Deferimento e coleta*

Exmo. Senhor Delegado de Saúde
São Vicente
Dr. Elísio Silva

Mindelo, 24 de abril de 2019

25/04/19.

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Danira Sofia do Rosário Monteiro nº 3899 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio mui respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema " Perfil de contactantes dos doentes com tuberculose da Delegacia de Saúde São Vicente: Importância do enfermeiro na prevenção da tuberculose."

O referido trabalho tem como objetivo geral; Descrever o perfil de contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente e os seguintes objetivos específicos de Caracterizar as características sócio demográficos dos contactantes dos doentes com tuberculose em tratamento na Delegacia de Saúde São Vicente; Relatar o comportamento dos contactantes relativamente a terapêutica prescrita para prevenção feita na Delegacia de Saúde São Vicente; Saber qual o conhecimento que os contactantes da Delegacia de Saúde São Vicente têm sobre a tuberculose;

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros da Delegacia de Saúde.

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expetativa de uma resposta favorável,

A requerente,

Danira Monteiro

Danira Monteiro



Suelly Reis
24.04.19.

Contacto: 9748924

Apêndice III- Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE e ESCLARECIDO

No âmbito do trabalho de conclusão de curso da Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo a aluna, Danira sofia do Rosário Monteiro nº 3899 pretende realizar um estudo intitulado “ Perfil contactantes dos doentes com tuberculose da Delegacia de Saúde são Vicente:- O contributo de enfermagem comunitária.” Neste sentido, gostaria de ouvir as suas opiniões sobre o tema em estudo pelo que se solicita a sua participação para o mesmo.

Informa-se que a sua participação na investigação é livre e voluntária, podendo desistir a qualquer momento. A sua tarefa consiste em responder algumas questões pelo que as suas respostas sinceras serão de mais-valia para o desenvolvimento do estudo.

Informa-se ainda, que as respostas serão gravadas em áudio, e usadas somente neste estudo pelo que o material colhido será destruído após o uso no estudo. Garante-se ainda a confidencialidade dos dados colhidos e a garantia do anonimato tanto no decorrer e como após o estudo.

O estudo não comporta qualquer risco, porém, no que diz respeito às vantagens poderá ajudar no desenvolvimento do meu trabalho e conseguir bons resultados no estudo do tema.

Este documento apenas deverá ser assinado no caso de todas as suas dúvidas referentes à participação no estudo já tiverem sido esclarecidas. E caso houver alguma dúvida e necessite de alguma explicação não hesite em perguntar antes de autorizar a participação no estudo. A assinatura no presente documento representa seu consentimento para participação.

Eu, _____ declaro que aceito participar no estudo por minha livre e espontânea vontade.

Mindelo, _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura do pesquisador

Apêndice IV- matriz de análise de conteúdo de Bardin

Entrevistado:

Local da entrevista/meio de entrevista:

Duração da entrevista:

| Tema | Categorias | Sub-categorias | Indicadores/unidades de registo | Unidades de Contexto |
|------|---------------------------------|---|---|--|
| | O que entendes por tuberculose? | | <p><i>E1 (causado por um micróbio chamado bacilo de Koch).</i></p> <p><i>E2 (presença bacilo no pulmão).</i></p> <p><i>E3 (por um vírus chamado bacilo).</i></p> <p><i>E4 (que afeta os pulmões).</i></p> <p><i>E5 (Nada)</i></p> | <p><i>“E1 (É uma doença infecto-contagiosa causado por um micróbio chamado bacilo de Koch).</i></p> <p><i>E2 (Doença pulmonar provocado por presença bacilo no pulmão).</i></p> <p><i>E3 (É uma doença contagiosa causado por um vírus chamado bacilo).</i></p> <p><i>E4 (Doença infecto-contagiosa que afeta os pulmões).</i></p> <p><i>E5 (Nada)</i></p> |
| | | Sabes como a tuberculose é transmitido? | <p><i>E1 (tosse espirros e escarros).</i></p> <p><i>E2 (tosse espirro ou enquanto fala).</i></p> | <p><i>E1 (A tuberculose se transmite de individuo doente para outro saudável através de tosse espirros e escarros).</i></p> <p><i>E2 (Através de ar de um doente afetado apartir de tosse espirro ou enquanto fala).</i></p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | <p><i>E3 (saliva ou falar com outro pessoa ou tossir ou espirrar).</i></p> <p><i>E4 (Via respiratória).</i></p> <p><i>E5 (Tosse, cuspir no chão)</i></p> <p><i>E1 (Tosse mais de 15 dias, febre principalmente à tardinha, dor no peito, fadiga, dificuldade em respirar).</i></p> <p><i>E2 (Falta apetite, perde peso, dores no peito, febre à tardinha).</i></p> <p><i>E3 (Pessoas com tuberculose apresenta tosse frequentemente pode ser acompanhada com secreção com sangue e baixo de peso).</i></p> <p><i>E4 (Tosse, febre, emagrecimento).</i></p> <p><i>E5 (Tosse, vomito, dor cabeça, febre, emagrecimento, fadiga, dor estomago</i></p> | <p><i>E3 (Uma pessoa com tuberculose pode transmitir o vírus através da saliva ou falar com outro pessoa ou tossir ou espirrar).</i></p> <p><i>E4 (Via respiratória).</i></p> <p><i>E5 (Tosse, cuspir no chão)</i></p> <p><i>E1 (Tosse mais de 15 dias, febre principalmente à tardinha, dor no peito, fadiga, dificuldade em respirar).</i></p> <p><i>E2 (Falta apetite, perde peso, dores no peito, febre à tardinha).</i></p> <p><i>E3 (Pessoas com tuberculose apresenta tosse frequentemente pode ser acompanhada com secreção com sangue e baixo de peso).</i></p> <p><i>E4 (Tosse, febre, emagrecimento).</i></p> <p><i>E5 (Tosse, vomito, dor cabeça, febre, emagrecimento,</i></p> |
|--|--|--|--|---|

| | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| | Sabes onde é feito o tratamento? | | <p><i>E1 (Na Delegacia saúde são vicente, nos centros saúde e no hospital).</i></p> <p><i>E2 (Delegacia saúde, hospital e centros saúde).</i></p> <p><i>E3 (Hospital).</i></p> <p><i>E4 (Delegacia saúde).</i></p> <p><i>E5 (Não).</i></p> | <p><i>fadiga, dor estomago.</i></p> <p><i>E1 (Na Delegacia saúde são vicente, nos centros saúde e no hospital).</i></p> <p><i>E2 (Delegacia saúde, hospital e centros saúde).</i></p> <p><i>E3 (Hospital).</i></p> <p><i>E4 (Delegacia saúde).</i></p> <p><i>E5 (Não).</i></p> |
| | | Qual importância de fazer despiste? | <p><i>E1 (É importante descartar tuberculose nos contactantes de tuberculose)</i></p> <p><i>E2 (Prevenção tuberculose).</i></p> <p><i>E3 (Permite prevenir para que a pessoa não tenha risco de vir a ter tuberculose).</i></p> <p><i>E4 (Diminuir o numero de infetantes).</i></p> | <p><i>E1 (É importante descartar tuberculose nos contactantes de tuberculose e nos sintomáticos respiratórios).</i></p> <p><i>E2 (Prevenção tuberculose).</i></p> <p><i>E3 (Permite prevenir para que a pessoa não tenha risco de vir a ter tuberculose).</i></p> <p><i>E4 (Diminuir o numero de infetantes).</i></p> |

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | | | <i>E5 (Descartar ate que ponto ficou o contacto).</i> | <i>E5 (Descartar ate que ponto ficou o contacto).</i> |
| | Em casa tem alguma criança que faz a prevenção da tuberculose com a Isoniazida? | | <i>E1 (Não).</i> | <i>E1 (Não).</i> |
| | | | <i>E2 (Não).</i> | <i>E2 (Não).</i> |
| | | | <i>E3 (Sim).</i> | <i>E3 (Sim).</i> |
| | | | <i>E4 (Sim).</i> | <i>E4 (Sim).</i> |
| | | | <i>E5 (Não).</i> | <i>E5 (Não).</i> |
| | | Fazem administração correta do medicamento? | <i>E1 (Nada).</i> | <i>E1 (Nada).</i> |
| | | | <i>E2 (Nada).</i> | <i>E2 (Nada).</i> |
| | | | <i>E3 (Sim porque ajuda a combater o vírus).</i> | <i>E3 (Sim porque ajuda a combater o vírus).</i> |
| | | | <i>E4 (Sim para evitar que mais tarde venha a desenvolver a doença).</i> | <i>E4 (Sim para evitar que mais tarde venha a desenvolver a doença).</i> |
| | | | <i>E5 (Nada).</i> | <i>E5 (Nada).</i> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | Estás satisfeito com o apoio que recebes dos enfermeiros da Delegacia Saúde? | | <i>E1 (Sim).</i> <i>E2 (Sim).</i> <i>E3 (Sim).</i> <i>E4 (Sim).</i> <i>E5 (Sim).</i> | <i>E1 (Sim).</i> <i>E2 (Sim).</i> <i>E3 (Sim).</i> <i>E4 (Sim).</i> <i>E5 (Sim).</i> |
|--|--|--|--|--|